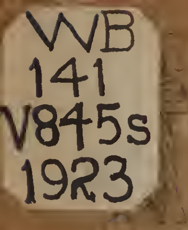


Colección Médica Argentina

SEMIOLOGÍA ELEMENTAL

Conferencias dictadas durante el año 1922,
para el curso del Doctorado en Odontología,
en la Sala 12.ª del Hosp. Torcuato de Alvear

por el

Dr. ALFREDO VITON
Profesor suplente de Semiología de la Facultad de Ciencias Médicas
Jefe de la Sala 12.a del Hospital Torcuato de Alvear

Versión taquigráfica del Dr. Juan Carlos Silva Ferrer

BUENOS AIRES

Casa Editora: PRUDENT & Cía. — Victoria 719-27

1923


WB 141 V845s 1923
32731120R
NLM 05154827 1
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
Armed Forces Medical Library, Washington, D.C.


Armed Forces Medical Library, Washington, D.C.

SEMIOLOGÍA ELEMENTAL

SEMIOLOGÍA ELEMENTAL

Conferencias dictadas durante el año 1922,
para el curso del Doctorado en Odontología,
en la Sala 12ª del Hosp. Torcuato de Alvear

por el

Dr. ALFREDO VITON
Profesor suplente de Semiología de la Facultad de Ciencias Médicas
Jefe de la Sala 12.a del Hospital Torcuato de Alvear

Versión taquigráfica del Dr. Juan Carlos Silva Ferrer

BUENOS AIRES

Casa Editora: PRUDENT & Cía. — Victoria 719-27
Casa impresora: A. G. BUFFARINI—Junín 845
1923

PROGRAMA OFICIAL DE SEMIOLOGIA

Doctorado en Odontología

Bolilla 1.ª—Semiología, generalidades, signo, sindroma. Causas mórbidas. Etiología. Patogenia.
" 2.ª—Interrogatorio. Métodos. Reglas generales. Antecedentes personales, hereditarios, del medio ambiente, regionales, etc. Edad. Sexo. Profesión.
" 3.ª—Constitución del enfermo. Hábitos. Variaciones del adiposo, del sistema óseo, del sistema muscular. Variaciones endócrinas.
" 4.ª—Posición del enfermo. Marcha. Facies. Conciencia. Delirios.
" 5.ª—Coloración de la piel. Palidez, rubicundez, cianosis. Icteria. Melanodermias. Otras coloraciones, sudor. Erupciones.
" 6.ª—Edemas.
" 7.ª—Temperaturas. Fiebres. Tipos diversos. Hipotermia.
" 8.ª—Edemas generales y locales. Etiopatogenia.
" 9.ª—Sistema linfático. Adenopatías generales y parciales.
" 10.ª—Cavidad bucal. Labios, mucosas, encías, lengua.
" 11.ª—Aparato respiratorio. Anamnesis, puntada de costado. Tos.
" 12.ª—Disnea. Esputos. Hemóptisis.
" 13.ª—Inspección, palpación.
" 14.ª—Percusión y auscultación.
" 15.ª—Anatomofisiología del aparato circulatorio.
" 16.ª—Pulso.

„ 17.ª—Nociones de semiología circulatoria: inspección, palpación, percusión, auscultación, exploración funcional, etc.

„ 18.ª—Aparato digestivo: anamnesis, vómitos, disfagias, diarreas, constipación.

„ 19.ª—Exploración general del abdomen, hígado, bazo, etc.

„ 20.ª—Examen de la motilidad, sensibilidad, coordinación, reflejos.

„ 21.ª—Sangre.

„ 22.ª—Orina.

„ 23.ª—Endocrinología.

Trabajos prácticos

1.—Anamnesis, etc. (bolillas 1.ª hasta 8.ª)
2.—Aparato respiratorio.
3.—Aparato circulatorio.
4.—Aparato digestivo.
5.—Aparato nervioso.
6.—Endocrinología.
7.—Laboratorio.

Examen

Una prueba teórico-práctica clínica.
Una prueba teórico-práctica de laboratorio.

TITULOS DEL AUTOR

1.—Ayudante del Laboratorio de Higiene Experimental, por concurso de clasificaciones, años 1905 - 1906.
2.—Practicante menor interno del Hospital Nacional de Clínicas, por concurso de clasificaciones, años 1908 - 1909.
3.—Practicante mayor interno del Hospital Nacional de Clínicas, por concurso de clasificaciones, años 1909 - 1910.
4.—Practicante del Hospital Oftalmológico, años 1909 - 1910.
5.—Médico de sala del Hospital Ramón Santamarina, Tandil, años 1910 - 1911 - 1912.
6.—Laureado con Diploma de Honor por la Facultad de Medicina de Buenos Aires, año 1911.
7.—Diplomado de la Facultad de Medicina de Paris. (Semiología, práctica de laboratorio y clínica médica), 1912.
8.—Médico agregado del Hospital Nacional de Clínicas, años 1912 - 1913.
9.—Adscripto a la primera cátedra de Semiología, a cargo del Prof. Dr. G. Aráoz Alfaro, 1912.
10.—Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, en la primera cátedra de Semiología, a cargo del Profesor Dr. G. Aráoz Alfaro, años 1914 - 1915.
11.—Secretario de Actas de la Asociación Médica Argentina, años 1914 - 1915.
12.—Corresponsal de los Archives des maladies du coeur, du sang et des vaisseaux, año 1914.
13.—Profesor suplente de Semiología, año 1915.
14.—Médico-jefe honorario del Hospital Alvear (Sala XVI, crónicas), año 1917.
15.—Médico-jefe del Hospital Alvear (Sala XII, clínica médica de mujeres), año 1917.
16.—Profesor suplente a cargo de la 1.ª cátedra oficial de Semiología, por ausencia del titular, Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, 1918.
17.—Miembro del Jurado para una suplencia de Semiología, 1921.
18.—Profesor suplente a cargo de la cátedra oficial de Semiología del Doctorado en Odontología, 1922.

19.—Miembro del Jurado para conceder una "venia docendi" de Anatomía Patológica, 1922.
20.—Miembro de la Comisión examinadora de médicos internos de la Asistencia Pública, 1923.
21.—Profesor suplente a cargo de la 2.ª cátedra oficial de Semiología por ausencia del titular, Dr. David Speroni, del 13 de Marzo al 31 de Mayo de 1923.

CURSOS SEGUIDOS EN EL EXTRANJERO

1.—Hemolisis, reacciones biológicas, reacción de Wassermann. Dr. Podzewski, Institut Pasteur, Paris, 1912.
2.—Semiología. — Dres. Laroche, Troissier y Rendu, pavillion Moiana, Hópital St. Antoine, Paris, 1912.
3.—Técnicas de laboratorio. — Doctores Grigaut, Tinel y Roumeaux, pavillion Moiana, Hópital St. Antoine, Paris, 1912.
4.—Clínica médica. — Prof. Chauffard, Hopital Ct. Antoine, Paris, 1912.
5.—Enfermedades del corazón, vasos y sangre. — Prof. Vaqnez, pavillion Lorain, Hopital St. Antoine, Paris, 1912.
6.—Enfermedades del corazón y electro-cardiografía. — Profesor Thomas Lewis, University College, Londres, 1912.

PUBLICACIONES DEL AUTOR

1.—*La abrina.* — Trabajo presentado al Laboratorio de Toxicología experimental, y realizado en el de Higiene Experimental, como el primer ensayo en Sud América, de sueroterapia vegetal. "Anales del Círculo Médico Argentino", Mayo y Junio de 1906.
2.—*Litiasis urinaria.* — Tesis doctoral, 1910.
3.—*Espasmodicidad, dolores fulgurantes y tiocinamina.* — "Sociedad Médica Argentina", N.º 117, 1912.
4.—*Absceso subfrénico.* — "Centro Estudiantes de Medicina", N.º 137, 1913.
5.—*Consideraciones sobre la electrocardiografía.* — Comunicación al Congreso Médico Latino-Americano, Lima (Perú), Noviembre 1913.
6.—*Nociones de electrocardiografía.* — (En colaboración con el

Profesor Aráoz Alfaro. "Centro Estudiantes de Medicina", núm. 146, 1913.

7.—*Semiología del miocardio.* — Tesis de primer año de adscripción. "La Semana Médica", núm. 47, 1913. (Volumen aparte, de 120 páginas).

8.—*Apendicitis aguda. Su tratamiento en caliente.* "Sociedad Médica Argentina", núm. 122, 1913.

10.—*Sífilis del miocardio.* — "La Semana Médica", núm. 2, 1914.

11.—*Hidatidosis y bacilosis peritoneal.* — "La Semana Médica", núm. 7, 1914.

12.—*Consideraciones clínicas sobre la fiebre paratifoidea.* — "Centro Estudiantes de Medicina", núm. 148, 1914.

13.—*Notas sobre la electrocardiografía.* — "La Semana Médica", núm. 12, 1914.

14.—*Interrogatorio, anátomofisiología e inspección del cardíaco.* — "La Semana Médica", núm. 19, 1914. (Conferencias de un curso libre).

15.—*Palpación del cardíaco.* — "La Semana Médica", número 20, 1914. (Conferencias de un curso libre).

16.—*Percusión cardiovascular.* — "La Semana Médica", núm. 23, 1914. (Conferencias de un curso libre).

17.—*Auscultación cardiovascular.* — "La Semana Médica", núm. 25, 1914. (Conferencias de un curso libre).

18.—*Los edemas.* — "Prensa Médica Argentina", núm. 2, 1914.

19.—*Los edemas* (continuación). — "Prensa Médica Argentina", núm. 2, 1914.

20.—*Los edemas* (continuación). — "Prensa Médica Argentina", núm. 4, 1914.

21.—*Los edemas* (conclusión). — "Prensa Médica Argentina", núm. 5, 1914.

22.—*Espondilitis tífica y opoterapia tiroidea.* — "Sociedad Médica Argentina", núm. 125, 1914.

23.—*Radiografía y ortodiagrafía del corazón y aorta.* — "Semana Médica", núm. 31, 1914. (Conferencias de un curso libre).

24.—*Breves consideraciones sobre 4 casos de sífilis visceral.* — "Sociedad Médica Argentina", núm. 126, 1914.

25.—*Método gráfico.* — "Semana Médica", núm. 35, 1914. (Conferencias de un curso libre).

26.—*Las arritmias.* — "Semana Médica", núm. 41, 1914. (Conferencias de un curso libre).

27.—*Disociación, alternancias, etc.* — "Semana Médica", núm. 43, 1914. (Conferencias de un curso libre).

28.—*Semiología de la icteria.* — "Semana Médica", núm. 45, 1914.

29.—*Ortodiagramas cardioaórticos.* — Tesis de segundo año de adscripción, Noviembre, 1914. (Inédita).

30.—*Semiología cardioaórtica.* Spinelli, 1914 (300 páginas, 55 ilustraciones).

31.—*Icteria crónica por fragilidad globular, lesiones cardíacas congénitas, infantilismo, heredosífilis probable.* — (En colaboración con el Dr. C. Bonorino Udaondo). "Sociedad Médica Argentina", N.º 129, 1914.
32.—*Cuadros sinópticos de semiología del sistema nervioso.* "Centro Estudiantes de Medicina", núm. 164, 1915.
33.—*Cuadros sinópticos de semiología del sistema nervioso* (continuación). "Centro Estudiantes de Medicina", núm. 168, 1915.
34.—*Examen funcional del riñón.* — "La Semana Médica", núm. 50, 1915.
35.—*Examen funcional del riñón* (continuación). "La Semana Médica", núm. 51, 1915.
36.—*Examen funcional del riñón* (conclusión). "La Semana Médica", núm. 52, 1915.
37.—*Examen funcional del riñón.* — Tesis de suplencia. Spinelli, 1016, 108 páginas.
38.—*Programa sintético de semiología del aparato respiratorio.* — "La Semana Médica", núm. 24, 1918.
39.—*Programa sintético de semiología del aparato respiratorio* (continuación). — "La Semana Médica", núm. 35, 1918.
40.—*Programa sintético de semiología del aparato respiratorio* (conclusión). — "La Semana Médica", núm. 39, 1918.
41.—*Semiología cardioaórtica. Examen funcional del riñón* (2.ª edición). — Un volumen, Spinelli, 1918 (400 páginas, 52 ilustraciones.
42.—*Movimiento estadístico de la sala XII del Hospital T. de Alvear, durante el año* 1918. — "La Semana Médica", núm. 4, 1919.
43.—*Vacunoterapia tífica.* — "Revista de la Asociación Médica Argentina", núm. 180, 1919.
44.—*Movimiento estadístico de la sala XII del Hospital T. de Alvear, durante el año* 1919. — "La Semana Médica", núm. 9, 1920.
45.—*Movimiento estadístico de la sala XII del Hospital T. de Alvear, durante el año* 1920 — "La Semana Médica", núm. 9, 1921.
46.—*Las arritmias.* — "La Semana Médica", núm. 13, 1921.
47.—*Algunas consideraciones sobre la reciente epidemia de gripe.* — "La Semana Médica", núm. 41, 1921.
48.—*Movimiento estadístico de la sala XII del Hospital T. de Alvear, durante el año* 1921. — "La Semana Médica, núm. 9, 1922.
49.—*Generalidades y anamnesis* en semiología. "Semana Médica", núm. 28, 1922.
50.—*Constitución, hábito, posición.* — "La Semana Médica", núm. 29, 1922.
51.—*Facies.* — "La Semana Médica", núm. 30, 1922.

52.—*Temperatura.* — "La Semana Médica", núm. 31, 1922.
53.—*Coloración de la piel.* — "La Semana Médica", núm. 32, 1922.
54.—*Coloración de la piel e icterias.* — "La Semana Médica", núm. 33, 1922.
55.—*Erupciones y edemas.* — "La Semana Médica", núm. 35, 1922.
56.—*Fauces, lengua, labios, encías.* — "La Semana Médica", núm. 36, 1922.
57.—57.—*Fauces, paladar, ojos, cráneo.* — "La Semana Médica", núm. 37, 1922.
58.—*Aparato respiratorio.* — "La Semana Médica", núm. 43, 1922.
59.—*Tos y expectoración.* — "La Semana Médica", núm. 44, 1922.
60.—*Percusión y auscultación del aparato respiratorio.* "La Semana Médica", núm. 47, 1922.
61.—*Vómitos.* — "La Semana Médica", núm. 48, 1922.
(Las publicaciones numeradas 49 a 61 corresponden a conferencias dictadas en el curso de Semiología del Doctorado en Odontología, del año 1922, y recogidas taquigráficamente por el Dr. Juan Carlos Silva Ferrer).
62.—*Semiología cardioaórtica. Examen funcional del riñón.* (3.ª edición). — Un volumen, 1922, 416 páginas, 55 ilustraciones.
63.—*Movimiento estadístico de la Sala XII del Hospital Torcuato de Alvear, durante el año* 1922. — "La Semana Médica", N.° 15, 1923.
64.—*Semiología elemental.* — Un volumen ilustrado.
65.—*Tuberculinoterapia* (en preparación).

COMUNICACIONES

1.—*Consideraciones sobre sífilis visceral.* — Sesión de la Sociedad Médica Argentina, 18 de Mayo de 1914.
2.—*Icteria crónica por fragilidad globular.* — (en colaboración con el Dr. C. Bonorino Udaondo), Sesión de la Asociación Médica Argentina del 2 de Noviembre de 1914.
3.—*Consideraciones sobre tres casos de endocarditis infecciosa maligna.* — Sesión de la Asociación de Médicos del Hospital Alvear, 14 de Diciembre de 1917.
4.—*Vacunoterapia tífica.* — Sesión de la Asociación de Médicos del Hospital T. de Alvear, 10 de Mayo de 1919.
5.—*Vacunoterapia tífica.* — Sesión de la Asociación Médica Argentina, 28 de Julio de 1919.
6.—*Breves consideraciones sobre un caso de encefalitis letárgica.* — Sesión de la Asociación Médica Argentina. 21 de Junio de 1920.

CRITICAS

1.—*Etiologie des aortitis.* — Pedro Escudero, Buenos Aires, 1913. (*Archives des maladies du cœur, du sang et des vaisseaux,* núm. 9, 1914).
2.—*La retention d'uree dans l'asystolie.* — C. Alvarez et T. Fracassi. (*Rev. Soc. Méd. Arg.* VII-VIII, 1914). (*Archives des maladies du cœur, du sang et des vaisseux,* núm. 11, 1914).
3.—*Etude d'un cas d'arythmie dans la choree.* — B. A. Houssay. (*Rev. Soc. Méd. Arg.,* I-II, 1914). (*Archives des maladies du cœur, du sang et des vaisseux,* núm. 11, 1914).

CURSOS Y CLASES SERIADAS

1.—*Aparato circulatorio.* — Sala IX, Hospital Nacional de Clínicas, Febrero - Marzo, 1914 (7 conferencias), así como 8 conferencias de adscripción sobre diversos temas.
2.—*Semiología del aparato circulatorio.* — Sala IX, Hospital Nacional de Clínicas, Abril a Agosto de 1914. (Recapituladas en *Semiología cardio-aórtica,* de la que se han hecho 3 ediciones); 16 conferencias semanales.
3.—*Semiología del sistema nervioso.* — Sala IX, Hospital Nacional de Clínicas, Abril a Mayo, 1915. (Publicadas como cuadros sinópticos en el Centro Estudiantes de Medicina); 16 conferencias, trisemanales.
4.—*Semiología del sistema nervioso.* — Patrocinado por el Centro Estudiantes de Medicina. Julio a Septiembre, 1915. En este curso, dictado en el local del Centro y en la sala IX del Hospital Nacional de Clínicas, se repartió a los alumnos 450 hojas mimeografiadas, correspondientes a 11 hojas originales, de cuadros sintéticos y de esquemas, 9 conferencias, semanales.
5.—*Examen funcional del riñón y líquido cefalorraquídeo.* — Noviembre de 1915. (En el curso oficial; 3 conferencias.
6.—*Semiología del sistema nervioso.* — Sala IX del Hospital Nacional de Clínicas, Abril a Septiembre de 1916; 20 conferencias, semanales, repartiéndose a los alumnos, 600 hojas mimeografiadas, correspondientes a 12 originales.
7.—*Semiología del aparato digestivo.* — Sala IX del Hospital Nacional de Clínicas, Mayo a Septiembre de 1917; 18 conferencias, semanales, repartiéndose a los alumnos, 513 hojas mimeografiadas, correspondientes a 9 originales.
8.—*Semiología del aparato respiratorio.* — Sala IX del Hospital

Nacional de Clínicas, Mayo a Septiembre de 1918; 18 conferencias, semanales, habiéndose publicado el programa sintético de ellas en los números 24, 35 y 39 de *La Semana Médica*, 1918.

9.—*Curso oficial de semiología.* — En ausencia del titular Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, Octubre de 1918.

10.—*Curso complementario de semiología del aparato circulatorio.*— 17 conferencias, Sala XII del Hospital T. de Alvear, 1919.

11.—*Curso libre parcial de semiología del aparato respiratorio.* — 16 conferencias, Sala XII del Hospital T. de Alvear, 1920.

12.—*Curso libre parcial de semiología del aparato circulatorio.* — 15 conferencias, sala XII del Hospital T. de Alvear, 1921.

13.—*Curso oficial de semiología del doctorado en Odontología,* — Sala XII del Hospital T. de Alvear, 26 conferencias, 201 alumnos, habiéndose publicado la versión taquigráfica de las conferencias, en *La Semana Médica,* y un resúmen de ellas en los diversos números de 1922, de *La Odontología Argentina.*

14.—Serie de 8 conferencias en la 2.ª cátedra oficial de Semiología, Sala 14.ª del Hospital Nacional de Clínicas, por delegación de parte de la enseñanza del curso oficial, del Prof. titular Dr. David Speroni, 1922.

15.—Curso oficial de Semiología, 2.ª cátedra, en ausencia del titular, Dr. David Speroni, Sala 14.ª del Hospital Nacional de Clínicas, del 13 de Marzo al 31 de Mayo de 1923, 25 conferencias.

16.—Curso libre completo de Semiología, sala 12.ª del Hospital Torcuato de Alvear, (actualmente).

CORRESPONDENCIAS DE VIAJES, IMPRESIONES, ETC.

1.—*La Patagonia,* "La Nación", 20 de Junio de 1910.

2.—*En el Chubut,* "La Nación", 5 de Julio de 1910.

3.—*En la costa de Santa Cruz,* "La Nación", 14 de Julio de 1910.

4.—*En el estrecho de Magallanes,* "La Nación", 8 de Agosto de 1910.

5.—*En los canales fueguinos,* "La Nación", 5 de Septiembre

6.—*Bocetos de la Patagonia.* — Impresiones de viaje, folleto de 80 páginas, con un prólogo del Dr. Luis Mitre, 1911, ilustrado, distribuído gratuitamente en las escuelas primarias del Estado, por el autor.

8.—*Un poblador de la Patagonia,* "La Nación", 19 de Junio, 1913.

TRABAJOS DE BIOLOGIA APLICADA

1.—*Nociones generales sobre la garrapata y la tristeza.* — "Anales del Shorthorn", núm. 1, 1922.
2.—*Las Garrapatas.* — "Anales del Shorthorn", núm. 2, 1922.
3.—*Los gérmenes de la tristeza.* — "Anales del Shorthorn", núm. 3, 1922.
4.—*La evolución clínica de la tristeza.* — "Anales del Shorthorn", núm. 4, 1922.
5.—*La limpieza de los campos y el ganado.* — "Anales del Shorthorn", núm. 5, 1922.
6.—*Inmunización contra la tristeza.* — "Anales del Shorthorn", núm. 6, 1922.
7.—*La garrapata y la tristeza.* — Contribución a la resolución del problema económico-ganadero del norte argentino. Folleto de 54 páginas, ilustrado, 1922.
8.—*La garrapata y la tristeza.* — Conferencia pronunciada en la Sociedad Rural de Concordia, E. R., y a invitación de la misma, Octubre, 1922.
9.—*La garrapata y la tristeza.* — Folleto publicado por la Sociedad Rural de Concordia, E. R., como contribución al saneamiento del norte del país y distribuído extensa y gratuitamente por la misma, 1922.

PREFACIO DEL AUTOR

Hace un año, en abril de 1922, la Facultad de Ciencias Médicas nos honró con la designación para la cátedra oficial de Semiología del Doctorado en Odontología, dictada por primera vez en 1921. Y aun cuando a primera vista no lo parezca, la tarea era árdua, no sólo para el profesor, sino también para los alumnos, a quienes la adquisición de las nociones necesarias a un estudio amplio como es el de la Semiología, no había sido posible, por razones bien obvias de explicar. La falta de un texto que en forma compendiada pusiera al alcance de ellos, los conocimientos imprenscindibles y aplicables en su especialidad, agregaba una dificultad más. Tampoco existía un programa oficial de la asignatura.

Bajo tales auspicios se inició el curso, con una concurrencia que alcanzó a 199 alumnos, laboriosos, anhelantes por aprender, constantes y regulares en su asistencia.

La primera mira del profesor fué dejar establecido un programa, ya que sin él, era de todo punto imposible homogeinizar la enseñanza, programa que en su oportunidad fué aprobado por la Facultad de Ciencias Médicas.

Surgía inmediatamente la necesidad de poner al alcance de los alumnos aquellos conocimientos elementales de Semiología, indispesables en su práctica profesional, de manera que las conferencias que se dictaran fueran exposiciones de los hechos universalmente aceptados, prescindiéndose deliberadamente de lo complejo e innecesario. Y en tal sentido la colaboración constante en la enseñanza teórica y práctica, de los Dres. Sixto Pastor, Jefe de Clínica, y Enrique B. del Casti-

llo, Jefe de trabajos prácticos, fué eficaz en alto grado. Asímismo, el profesor Dr. Vicente Dimitri, cooperó con interesantes demostraciones cinematográficas de semiología nerviosa.

Estas conferencias fueron cuidadosamente taquigrafiadas por el alumno Dr. Juan Carlos Silva Ferrer, y la mayor parte de ellas publicadas en La Semana Médica, de 1922. Igualmente aparecieron síntesis prolijas, en todos los números de La Odontología Argentina, que dirije el Dr. Juan B. Patrone.

De esta manera, que requirió un trabajo intenso y contínuo, se dictó el curso oficial de 1922, tratándose de hacer obra modesta y útil, proporcionando a los profesores armazón suficiente para nuevas ampliaciones, y a los alumnos una base elemental para iniciarse en el estudio de la Semiología, materia tan árdua para quien carece de una preparación adecuada en Anatomía, Fisiología y Anatomía patológica.

Fué así que se concibió esta obra de escasos merecimientos, aun cuando inspirada por el más sincero deseo de llenar, siquiera sea, parte de su objetivo y la cual entrega el autor a la publicidad exponiendo los motivos que le guiaron a editarla.

Y no podríamos apartarnos, de esta página, sin recordar con afectuosa amistad a los alumnos del curso de Semiología de 1922.

A. V.

Hospital Torcuato de Alvear, abril 2 de 1923.

CAPITULO I

Generalidades

La semiología es una parte muy importante de la ciencia médica, porque, como dijo Hipócrates, "el saber explorar es una gran parte del arte". Para ello es imprescindible la destreza, la delicadeza de la percepción y el método en la aplicación de los diversos medios de exploración.

La semiología es imprescindible para el diagnóstico, del cual deriva el tratamiento y el pronóstico.

Lo primero que el enfermo explica cuando acude a nosotros, en demanda de alivio para su males, es el cúmulo de sus sensaciones. Estas sensaciones constituyen lo que llamamos: *fenómenos subjetivos.*

Los fenómenos subjetivos permiten, a veces, una vista anticipada, prejuzgada casi, del cuadro de síntomas que el enfermo presenta, y que se revelan luego en el examen. Pero, en general, es preferible siempre interrogar metódicamente y encarrilar la anamnesis a oir simplemente al enfermo. Los mismos hechos frecuentemente se narran de muy distinto modo: así, el locuaz y el pusilánime por una parte; aquél que es difuso y ampuloso o el seco y austero por otra, cuentan sus sensaciones de muy diversas maneras, habiendo extremos por lo tanto entre los cuales existen todas las gradaciones.

Muchos enfermos tampoco pueden describir sus fenóme-

nos subjetivos, por ejemplo aquellos sumidos en el coma, los afásicos, etc.

La anamnesis, esto es, la parte de la semiología que trata de recoger los antecedentes que proporciona el enfermo, frecuentemente se desfigura por los vehementes, los instables mentales, los simuladores, los neurópatas. En muchos sujetos de psicología rudimentaria o poco desarrollada, detallistas al extremo que dan importancia exagerada a nimiedades, la anamnesis casi es sin valor. A veces, sin embargo, los detalles nimios pueden ser capitales, como frecuentemente ocurre en los dementes, en la parálisis general, etc.

El interrogatorio debe hacerse con relación al enfermo, al ambiente en que ha vivido y en el que se ha desarrollado, y a las afecciones que ha padecido, y a los puntos cardinales de la semiología de los diversos aparatos, para no perder siquiera una ojeada de conjunto de cada uno de ellos.

Después de la anamnesis vendrá el *examen objetivo*, esto es, el examen físico del sujeto por todos los medios manuales e instrumentales que el arte pone a nuestro alcance.

Se estudiarán los *síntomas*, es decir, la exteriorización diversa de los varios trastornos patológicos, así como también los *síndromas*, es decir, la agrupación de síntomas con caracteres diagnósticos o funcionales más o menos definidos. A ellos se agregarán los resultados del *laboratorio*: los exámenes de la sangre o de la orina, de las diversas secreciones o excreciones, las modificaciones serológicas, y, por fin, se agregarán las *pruebas funcionales*, o lo que es lo mismo, aquellos procedimientos que nos permiten muchas veces estudiar un estado patológico incipiente en un órgano dado, tiempo antes de que se exteriorice con signos clínicos más acentuados o definidos.

Cada esfera de acción es imprescindible y rara vez una sola es suficiente para un buen diagnóstico semiológico. De ahí el defecto de aquellos procedimientos unilaterales, de la predilección de muchos clínicos hacia el laboratorio o hacia la prueba funcional; sólo la clínica queda como una base in

conmovible; pero no excluye que los diversos métodos anotados la complementen.

También de ahí los peligros del exclusivismo de algunas escuelas, a veces demasiado acentuados y qué, haciendo hincapié en una parte de todo lo que hemos anotado, descuidan injustamente las restantes.

Hecho el examen del enfermo, debe formularse el *diagnóstico* (reconocer, diferenciar). Del diagnóstico dependerá el *pronóstico*, el cual puede ser dudoso, favorable o desfavorable.

Al examinar el enfermo no se debe uno fiar solamente de la memoria, hay que *escribir* cuidadosamente; anotar con claridad sobre el papel las variaciones periódicas; las diversas consecuencias de los tratamientos ensayados, sea cualquiera el resultado o la medicación; describir las complicaciones, etcétera; en una palabra: construir lo que se llama una *historia clínica*, la que debe ser lo más completa posible.

Anamnesis. — Como hemos dicho, debe ser prolija y recogida sin prejuicios, sin sentirse inclinado hacia tal o cual dolencia por un detalle al cual podemos darle exagerada importancia y equivocarnos en consecuencia. La anamnesis se dificulta en los sujetos, según los diversos temperamentos: así ocurre en el tímido que apenas describe hechos importantes, como si fueran banales; el impreciso que no detalla con minuciosidad ni exactitud; el impresionable a quien se le ve dar importancia extraordinaria a hechos muchas veces nimios; o el difuso, que se extravía en largas disquisiciones que se podrían resumir en pocas frases.

Por eso es preferible proceder con método, al interrogar al sujeto sobre sus enfermedades anteriores en primer lugar. Y en este sentido lo primero que salta a nuestra imaginación, es lo referente a las enfermedades hereditarias, a las cuales la leyenda o el correr de los años o la ignorancia ha rodeado de una aureola difusa y llena de misterio.

En realidad, no se hereda la enfermedad, como es el con-

cepto vulgar, sino el terreno; por ejemplo: los estigmas degenerativos físicos o mentales. Un ejemplo lo tenemos en la sífilis, que en realidad, más que una sífilis hereditaria, siempre es una sífilis concepcional, es decir, transmitida de la madre al hijo o si no una distrofia o una disendocrinia, esto es, una alteración del terreno que se aparta del tipo normal. Si se produce esa distrofia, esa disendocrinia, es decir, una alteración morfológica o una alteración de función de una glándula determinada de secreción interna pueden influir tanto que el sujeto presenta modalidades biológicas anormales, todo lo cual, hoy en día, es el motivo de las más interesantes observaciones y casi puede decirse que constituye la verdadera actualidad semiológica y clínica.

En esta cuestión del terreno es muy interesante recordar las diversas diátesis descriptas por los autores alemanes: la diátesis exudativa, la nerviosa, la espasmofílica que permiten explicar más de uno de los fenómenos que ulteriormente hemos de estudiar .

A veces esta noción del terreno se comprueba aún cuando al transmitirse por herencia, se desfigura. Así: de un gotoso puede nacer un diabético o viceversa, o un calculoso, o un obeso; y la herencia es otras veces directa, siendo en padres e hijos uno mismo el trastorno.

En la herencia atávica la transmición de la falla orgánica o moral es, a través de una o dos generaciones, y también existe la herencia desemejante, en la que una modalidad mórbida es reemplazada por otra que aparentemente nada tiene de común con ella.

Lo mismo que respecto a la sífilis se puede decir respecto a la tuberculosis. Por ser hijo de tuberculoso no se es tuberculoso; sólo ocurre que, por esta circunstancia, las posibilidades de contagio son mayores, pues, en realidad, sólo se hereda el terreno, la mayor o menor predisposición a adquirir semejante afección.

Se ha hablado de enfermos cardíacos hereditarios, pero tampoco existen; ocurre con frecuencia, que ciertas familias

exteriorizan un corazón deficiente ,pero la afección en sí no se hereda, es en ellos solamente el corazón un lugar de menor resistencia, por la coincidencia de circunstancias morbosas semejantes.

La mayor parte de las afecciones cardíacas congénitas tienen su origen en la sífilis concepcional, o por el mecanismo de la distrofia que es capaz de producirlas.

La degeneración mental o física, muy comúnmente es un hecho cuyo determinismo aparece en relación directa con la misma degeneración mental o física de los progenitores, o el ambiente precario o la alimentación escaso o defectuosa que ellos mismos han sufrido. Algo muy parecido ocurre con el alcoholismo, pues los padres alcoholistas originan hijos con taras nerviosas y a veces físicas incuestionables.

También debemos interrogar sobre las enfermedades familiares, como ocurre entre otras con las diversas miopatías y con otras afecciones del tipo de la hemofilia, afección que se caracteriza por la tendencia a la hemorragia, y la cual, si bien la experimentan los hombres, por lo general se transmite por las mujeres.

Al estudiar el enfermo es importante considerar sus características individuales. Por ejemplo, la edad. Así tenemos que en el recién nacido es relativamente frecuente que el forceps usado para extraerlo sea la causa de ciertas parálisis leves y transitorias, pero a veces capaces de perdurar toda la vida.

El pénfigo, una afección de la piel caracterizada por grandes vesículas llenas de líquido y que tiene asiento frecuente en la planta de los pies, es una exteriorización de la sífilis concepcional. (Fig. 1).

En el mamón las afecciones gastrointestinales tienen un predominio indiscutible, mientras en la infancia las enfermedades exantemáticas, como el sarampión, la escarlatina, la varicela, etc., etc., son extraordinariamente frecuentes.

Es en la edad escolar que, generalmente, tenemos que preocuparnos de las miopias, de las desviaciones vertebrales,

de los traumatismos, en cuya producción el medio tiene su influencia.

En la pubertad las anemias son frecuentes, sobre todo en la mujer. El onanismo puede ser la causa de alteraciones psíquicas que dejarán su sello más tarde, en la abulia, la tendencia al pesimismo, la falta de iniciativa y de alegría de vivir, así como también sobre la parte física 'del individuo, pues el abuso que siempre acompaña a la masturbación, puede facilitar la siembra de la bacilosis.

En la época del embarazo, del parto y del puerperio la



Figura 1.—*Pénfigo por lúes concepcional*

alteración del riñón, la nefritis gravídica, la osteomalacia, la atrofia aguda del hígado tienen una importancia grande.

El sexo debe ser objeto de consideraciones especiales. Así en el hombre son más comunes la gonococia, la sífilis,, el chancro blando con rasgos definidos .En la mujer estas afecciones se presentan con frecuencia, más disimuladamente.

La cocaína, el alcohol, la morfina se usan en dosis tóxicas, en general, más por los hombres que por las mujeres. Por el contrario, en éstas la estenosis mitral pura y muchas disendrocrinias en la esfera genital (ovarios, tiroide), la clorosis, etc., son exclusivas de ellas.

También es digno de atención el estudio de las llamadas afecciones profesionales. En nuestro medio ambiente, debemos considerar la intoxicación por el plomo, sobre todo, que produce cuatro grandes grupos de síndromas: el cólico saturnino, la encefalopatias, diversas parálisis y artralgias.

También no debemos olvidar que entre las profesionales se puede citar las radiodermitis y las degeneraciones epiteliomatosas de los radiólogos.

El "surmenage" físico se anota frecuentemente entre los antecedentes de los bacilosos, como causa predisponente, y el "surmenage" mental explica la mayor frecuencia de la parálisis general en los sifilíticos de las clases más acomodadas de la sociedad.

Por otra parte, la influencia física en la forma de frío o de calor o de traumatismo, tiene enorme importancia, y, por lo general, aparacen como causa indiscutida, a tal punto, que para reconocer su influencia no hay que profundizar el interrogatorio, como, por ejemplo ,al tener por delante una víctima del frío o un insolado.

También debemos interrogar al enfermo sobre su hábitos de templanza o no, ya que la sobrealimentación acarrea innumerables trastornos; el alcoholismo tara a los hijos de quien lo profesa, etc.

Y, por último, debemos interrogar con toda detención sobre las diversas enfermedades infecciosas en general, que el enfermo puede haber tenido con anterioridad. Por ejemplo: el reumatismo, que lesiona más que ninguna otra afección el endocardio; la sífilis que la encontramos casi como la única causa de la aortitis, de la endarteritis; que produce también la parálisis general, etc., que origina infinidad de trastornos del metabolismo, en toda una gama de disendocrínias y que, junto con la tuberculosis, que a su vez puede dar múltiples cuadros (pulmones, serosas, articulares) forman los verdaderos flagelos de la humanidad.

El sarampión, enfermedad seria y digna de toda consideración, en muchos casos; la escarlatina (tan grave en los ru-

bios), y que frecuentemente lesiona el riñón; las paperas, con sus complicaciones testiculares; la difteria, en toda su amplitud; y el paludismo que origina alteraciones de índole circulatoria; y muchos procesos del bazo y también numerosos síndromas bastante imprecisos, que se observan en las regiones afectadas, deben, por lo tanto, atraer nuestro interrogatorio detenido y minucioso.

CAPITULO II

Constitución física

Una vez recogidos los antecedentes ,debemos proceder al examen físico y, en general, lo primero que haremos, será estudiar la constitución del enfermo, que, en realidad, se puede hacer mientras simultáneamente estamos recogiendo sus antecedentes.

La constitución del enfermo indica una gran parte del pronóstico, porque nos ilustra sobre el factor vital del sujeto; sin embargo, hay sujetos de una constitución aparentemente favorable, en quienes el pronóstico es siempre serio. Por ejemplo, los obesos, los alcohólicos, etc.

La parte moral del individuo es reconocida desde muy antiguo como un elemento de gran importancia, en la evolución de todas las enfermedades.

La constitución física depende principalmente del esqueleto, de la musculatura y del panículo adiposo que el sujeto presenta.

Desde las épocas más remotas se han descrito tres constituciones, o temperamentos, o hábitos principales. La endocrinología hoy en día aumenta enormemente este número de temperamentos.

Hay, pues, tres hábitos principales, clásicos que son: el del escrofuloso, que con su nariz en forma de pera invertida, o, como se dice aquí, "nariz de toronja", con sus labios, de los cuales el superior es mucho más saliente que el inferior, la

torpidez de su nutrición y de su resistencia orgánica, la frialdad de sus extremidades, es característico. Más que como expresión de tuberculosis, como creían los antiguos, revela la frecuente asociación de la sífilis y de la tuberculosis.

El hábito tísico, con sus ojos expresivos, el cabello abun-



Figura 2.—*Emaciación y lordosis en un caso de espondilitis post-tífica*

dante, la hipertricosis (abundancia de vello), los dientes azulados y transparentes, el toráx deprimido, la instabilidad vascular, constituye un síndroma que a los odontólogos interesa mucho desde que, coincidiendo con una gran desmineralización, facorece el desarrollo de las caries.

El hábito apoplético es evidente en los sujetos gordos.

obesos, de cuello corto, congestivos, que se sofocan fácilmente ante un pequeño esfuerzo.

Ahora, aparte de estos tipos, existe variación de la constitución del enfermo por la pérdida de la grasa, como ocurre



Figura 3.—*Emaciación y lordosis en un caso de espondilitis post-tífica*

en el cáncer del esófago o del píloro, en las afecciones crónicas, en general, en las fiebres, etc. El enflaquecimiento simple se llama emaciación (fig. 2 y 3); cuando se acompaña de fenómenos asténicos o de intoxicación, se llama caquexia, por ejemplo, la caquexia cancerosa, sifilítica, renal, bacilosa, etc.

La evolución del enflaquecimiento es muy importante y significativa. Por ejemplo, es muy rápido muchas veces en la tuberculosis, o no existe, o es muy lento en las bronquectasias, en las sífilis pulmonares que constituyen síndromas bastante parecidos, en la espiroquetosis, etc., etc.

El aumento de la grasa por trastornos endocrínicos hace variar también la constitución del enfermo, en un sentido contrario. Tal ocurre en la obesidad de los castrados, o de los



Figura 4.—*Los órganos genitales y la adiposis en un caso de infantilismo tiroideo*

insuficientes genitales, sean varones o mujeres, en el alcoholismo, etc. (Fig. 4).

El sistema muscular modifica la constitución normal del individuo, pues existe la hipertrofia muscular de los atletas y, por el contrario, las atrofias de los sedentarios, la atrofia de la inactividad por lesiones óseas, articulares o por parálisis; ello ocurre también cuando existe atrofia por degeneración miopática, es decir, del propio músculo o por lesiones de los cuernos anteriores de la médula, a cuyo nivel están los centros tróficos de los músculos.

Siempre que hay un trastorno del nervio aparece la atrofia muscular; un hecho curioso es la producción de la pseudohipertrofia en algunas miopatias, en las cuales los músculos aparecen aumentados considerablemente de volumen, aun cuando en realidad están sustituídos por acumulación de grasa.

El esqueleto toma gran parte en la constitución del sujeto.

Fuera de las variaciones individuales fisiológicas, de talla que todos conocemos, como es obvio decirlo, hay una relación entre trastornos de la glándula testicular y de la hipófisis que acarrean gigantismos bien característicos.

Existe una afección denominada ósteomalacia, casi exclusivamente observada en las mujeres después del parto, las que experimentan un reblandecimiento de todo su sistema óseo, originándose deformaciones acentuadísimas que perduran toda la vida. El esqueleto pierde peso por la intensa decalcificación, en los bacilosos, y en el tabes existe una desmineralización y fragilidad ósea sumamente notable, que altera frecuentemente el esqueleto, produciendo las clásicas artropatias tabéticas.

En general, podemos darnos una idea aproximada de las variaciones de la constitución del enfermo, por el estado de su peso, el cual debemos tomar siempre a la misma hora, y estando el sujeto con la menor cantidad posible de ropas, pues ésta pesa tres o cuatro kilos en verano y seis a ocho kilos en invierno.

Aproximadamente el peso debe ser igual a la fracción de centímetros que el individuo tiene sobre el metro de estatura. El peso cae por los sudores, vómitos, diarreas profusas, por el dolor, la fiebre, el insomnio, las afecciones que impidan la alimentación. Tal es el caso en el cáncer de las vías digestivas, la neumonía, cólera, tifoidea, etc. Por el contrario: sube, como todo el mundo lo sabe, por el exceso de alimentación, por la falta de ejercicio, por la facilidad de asimilar, por diversos trastornos de las secreciones internas.

Posición. — Cuando nos acercamos a un enfermo que está en cama, debemos estudiar su *posición*. A ese respecto recordemos la posición normal en la cama. La posición normal, cuando lo es sobre el dorso, es con los miembros inferiores en abducción y en extensión, mientras que cuando es la posición lateral, es en ligera flexión de los miembros inferiores. Además existen muchas posiciones preferidas, sin importancia, aún también hay rarezas y extravagancias para dormir, las cuales no tienen ninguna importancia.

En general, los jóvenes duermen sobre el lado, y los adultos sobre el dorso. Muchos enfermos adoptan la posición normal que se llama entonces *posición activa*. También la posición activa indica con frecuencia el temperamento del enfermo: así los curiosos, los que se interesan en la vida exterior de los demás, frecuentemente se vuelven hacia el centro de las salas de hospital; mientras que los retraídos y misántropos generalmente le dan la espalda.

Entre las posiciones *forzadas o pasivas*, la de colapso es sumamente característica: coincide con hipotermia, taquicardia e indica una postración extrema. El enfermo se aplana hacia los pies de la cama, como deslizándose, o si no hace con sus caderas un pozo en la cama hacia el cual convergen de un lado el tronco, y del otro lado las extremidades inferiores.

En las pleuresías secas, o en los casos de pequeñas cavernas en un solo pulmón ,el enfermo se recuesta sobre el lado sano, porque de esa manera evita el dolor de la pleura enferma. Cuando el enfermo tiene, por el contrario, una pleuresía con derrame o padece un hidroneumotórax, o un quiste voluminoso, o un cáncer del pulmón, generalmente se recuesta sobre el lado enfermo, porque de esa manera evita la fatiga que la compresión del corazón le causaría.

A veces hay otra posición, según el sitio que ocupan las cavernas pulmonares: hacia adelante o hacia atrás, pues de esa manera evitan la tos.

Otra posición digna de mención es la ortopneica, que siempre indica un trastorno de la hematosis con dísnea obje-

tiva y cianosis. La verdadera ortopnea es sinónima de un "hambre de aire", y no debe confundirse con la posición análoga que adoptan, a veces, los enfermos para evitar el dolor.

En la ortopnea el sujeto está sentado sobre la cama y tiene las manos apoyadas con los objetos vecinos, como ser los barrotes de la cama o el mismo lecho, a fin de favorecer la entrada en función de los músculos auxiliares de la respiración.

En los cardíacos el decúbito lateral izquierdo es imposible. Generalmente está ortopneico, sostenido por numerosas almohadas, cuando la insuficiencia cardíaca es manifiesta.

Los pericardíticos y los aórticos se inclinan adelante o adoptan la posición de plegaria mahometana, tendiendo a apoyar la cabeza en un plano inferior.

En la meningitis se observa el arco meningítico o si no la posición de gatillo de fusil, llamada con toda exactitud así por la flexión de las piernas sobre los muslos y de éstos sobre la pelvis.

En los casos de tétanos, la nuca y los talones apoyan sobre el plano del lecho, constituyendo el dorso el llamado arco tetánico.

En todas las afecciones dolorosas del riñón, el hombro del mismo lado tiende a acercarse al flanco dolorido y otro tanto ocurre con el hombro derecho en las afecciones hepáticas dolorosas.

Los apendiculares flexionan la pierna derecha sobre la pelvis.

En cuanto a los hemiplégicos y parapléjicos flácidos, sus miembros paralizados reposan aplastados sobre la cama.

Los hemiplégicos y paraplégicos en contractura adoptan el tipo de extensión rara vez, sólo al comienzo de su afección, y casi siempre se observa en ellos el tipo de flexión que más adelante hemos de estudiar detenidamente.

Por lo general las posiciones pasivas implican un estado de menor defensa del organismo, y ya desde la época de Hipócrates fueron consideradas como elementos desfavorables de pronóstico.

CAPITULO III

Facies

Vamos a ocuparnos de la facies, es decir, el estudio de la cara. Significa lo que el examen de la cara del enfermo, de sus expresiones puede proporcionarnos cuando realizamos la semiología metódicamente. Es hasta el reflejo del sentimiento íntimo, por lo general. Observando la cara a un sujeto, podemos muchas veces deducir lo que piensa, lo que puede sentir; en esto no hay diferencia; y mas o menos, exteriorizan los mismo sentimientos en su cara, individuos de razas bien desemejantes.

De la cara las partes más importantes para la expresión son los ojos. Debemos estudiar los ojos, porque en los ojos, por diversas razones, pueden revelarse fenómenos patológicos con caracteres definidos: en la conjuntiva la icteria, la anemia; en el iris: alteraciones en la musculatura o en su inervación; en la córnea: cicatrices, etc.

Saben bien lo que significa la cólera como expresión facial, así como el dolor, que tiene, según la afección, mil matices, distintos en los rasgos que imprime a la cara. Sobre todo la expresión del dolor físico. El dolor moral tiene un aspecto distinto, aun cuando todos conocemos su expresión.

El dolor físico que también exteriorizan los ojos, se caracteriza en la cara, acompañado de dilatación de las pupilas. Un

individuo que habla de dolor, no lo siente en realidad, sino tiene dilatadas las pupilas. De manera que es una pequeña guía. que pueden tenerla Vds. que hacen cirugía facial; pues enfermos que no presentan dilatación de la pupila no tienen dolor en realidad, salvo que hayan razones físicas valederas que impidan la dilatación de las pupilas.

La facies dolorosa es importante. Por su temperamento austero, la gente del campo no exterioriza muchas veces el dolor en la cara. Aun ciertas razas son hasta cierto punto poco propicias para exteriorizar el dolor, por la educación que le es propia: los sajones, y sobre todo las razas orientales, que en general y por una educación atávica, disimulan el dolor.

Debemos palpar mirando siempre a la cara del enfermo, técnica que debe seguirse no sólo en la semiología médica sino en odontología.

Existe la facies "hipocrática" observada por Hipócrates.

Es la expresión de los moribundos; es una expresión característica que hasta en la literatura corriente aparece. La expresión "hipocrática" se caracteriza por la mirada extraviada, la palidez de la cara, los rasgos bien acentuados, los ojos muy hundidos, la nariz fría y pulvurulenta, como si se hubiese depositado una capa de polvo sobre ella; en fin, el tinte lívido de los moribundos, a lo cual los ojos poco brillantes, opacos y empañados le dan el sello característico.

Después tenemos que estudiar unas facies muy parecida a la hipocrática, que es la cara llamada peritoneal, que aparece a consecuencia de un proceso inflamatorio de dicha serosa, cuyo punto de partida puede estar en el intestino delgado, el grueso, en el estómago, hígado, etc.; en la mujer, en la parte inferior del abdomen. Los ojos hundidos con grandes ojeras azuladas, la tez se lívida; la vista expresa el dolor, la boca tiene un rictus especial y sus ángulos se desvían hacia abajo.

Hablemos de la facies ovárica. Así como puede indicar un proceso en plena evolución, la cara ovárica denota tam-

bién un proceso clínico que puede durar años y aún durante toda la vida sexual de una mujer.

La cara ovárica es muy parecida a la peritoneal y se encuentra, como decimos, en las mujeres que tienen trastornos ováricos, tubáricos o uterinos de muy diversa índole, agudos o crónicos. Tienen un aspecto enfermizo estas mujeres, pues su tinte es pálido amarillento; el dolor se exterioriza en sus ojos hundidos; la boca está retraída en un rictus; la nariz se afila, se marcan algunas arrugas en las comisuras labiales y en la base de la nariz.

También hay que considerar la cara de los individuos que han tenido pérdidas líquidas muy intensas.

La cara de los coléricos es muy semejante, pero mucho más acentuada que la que ocasionan las evacuaciones diarréicas o los vómitos intensos. La cara del colérico o del individuo que se deshidrata presenta una expresión caracterizada por los ojos que se hunden en las órbitas, las orejas que parece que salieran del contorno de la cara y se marcan ojeras azuladas muy acentuadas.

La cara del tuberculoso les interesa por muchas razones, entre ellas por la de que sus dientes se desmineralizan favoreciendo la formación de caries dentarias.

La cara de los bacilosos es sumamente especial, por su mirada expresiva, los ojos grandes. En las mujeres se nota que tienen abundante vello en la mejilla y sobre el labio superior.

El cabello, abundante y sedoso, los dientes de un tinte azulado y transparentes, frecuentemente tienen ciertas máculas que inducen a creer que la descalcifación se ha hecho mayor allí que en otras partes. Individuos que por pequeñas causas se emocionan o sienten palpitaciones cardíacas, se ponen pálidos y congestionados, por su gran instabilidad vascular.

El baciloso es un individuo que se fatiga, traspira en las manos y en las axilas, contrariamente a los individuos bien constituidos, en los que se nota la estabilidad de las glándu-

las sudoríparas, la que deriva en parte de la función circulatoria. La facies de los bacilosos se complementa con el estudio de la lengua clásica: rosada, sin saburra, sin depósitos ni detritus alimenticios; es una lengua húmeda, bien húmeda, bien nítida: y no van a encontrar en ella las impresiones dentarias.



Figura 5.—*Mixedematoso*

El paladar normal es un paladar uniforme de un rosado evidente. El paladar de los bacilosos es de un color sonrosado ligero, un rosa pálido.

Además de los caracteres dentarios y del paladar, observa-

rán que el pulso es taquicárdico. (1) Con el pulso pueden Vds. familiarizarse desde ya. En los bacilosos generalmente está por arriba de 72 que es la cifra normal.

Saben también como se palpa el pulso: con dos o tres dedos de la mano, con la cara palmar apoyada sobre la apófisis estiloides del radio en la gotera radial, especie de canaleta por donde corre la arteria del mismo nombre.

El pulso arriba de 72 u 80 es casi la regla en el baciloso.



Figura 6.—*Facies y manos acromegálicas*

Por lo común, a la taquicardia del baciloso acompaña la hipotensión.

Otra facie que tenemos que considerar es la del mixedematoso que se ve especialmente en las provincias del noroeste argentino. La cara es sumamente especial, es la cara de luna; la nutrición torpe, perezosa; son sujetos de poca defensa orgánica, de poca vitalidad.

---

(1) Taquicardia quiere decir: de taqui (mucha), cardios (corazón): muchas contracciones cardíacas.

La cara de luna del mixedematoso los hace aparecer con menos edad de la que tienen. No tienen barba ni bigote y si



Figura 7.—*Síndroma adiposogenital hipofisiario*

existen, son escasos; la nariz es pequeña, verdadera nariz de chico; las líneas faciales carecen de firmeza; es inexpresivo; cara redonda, pálida, dura, de una consistencia semejante a

la del cerebro, la mentalidad está poco desarrollada. (Figura 5).

Además de la cara, de su palidez, son muy poco emotivos, pues todo para ellos es indiferente; viven en un mundo mejor que nosotros. Son frecuentemente retardados, en todas las esferas de su actividad y en particular la actividad genital nula, es bastante característica siendo la voz parecida a la de los muchachos.



Figura 8.—*Infantilismo por insuficiencia testicular, y a la vez, sujeto con una icteria por hemolisis de origen luéticoconcepcional*

La cara del hipertiróideo se confunde con la del baciloso por muchos rasgos semejantes. En el baciloso, la mayoría de los signos que constituyen sus facies son consecuencia directa del hipertiroidismo concomitante, de manera que, en última instancia, tal es el mecanismo de producción de las características de sus facies: la mirada expresiva, la midriasis, la emotividad, etc. Y estos signos de hipertiroidismo los encontra-

remos unidos a otros, tan característicos como ellos, en las esferas circulatorias, genitales, etc.

Ahora hay dos tipos anormales que también tienen que considerar Vds., pues tienen bastante relación con la odontología. Es sumamente característica la cara del insuficiente testicular y la del acromegálico.

La cara del acromegálico es muy típica: se caracteriza por el espesamiento de todos los huesos de la cara, sobre todo



Figura 9.—*Parálisis general en pleno delirio de grandezas.—Sujeto anatematizando al auditorio*

las arcadas frontales y los huesos malares y el prognatismo maxilar inferior. (Fig. 6).

Encontrarán también Vds. una inmensa lengua, la más grande lengua que puede encontrarse en la práctica, es la lengua del acromegálico (macroglosia).

Los individuos que tienen acromegalia presentan un crecimiento desmesurado de su manos, que son lo que llaman los franceses: manos en "batoir", con los dedos enormes. Ustedes verán unas manos muy grandes fuera de toda exage-

ración, y los dedos son lo que se podría llamar dedos en "chorizo".

Además, los individuos acromegálicos tienen una cifosis, pues la columna vertebral se inclina hacia adelante, lo que se traduce en la formación de una gibosidad dorsal. La voz es muy gruesa, y aunque semiológicamente no podríamos emplear este término, diríamos que es una voz *cavernosa*.

Luego los pies crecen enormemente. Como éste es un proceso que guarda relación con la producción de un tumor



Figura 10.—*Delirio de grandezas en un caso de parálisis general.—Sujeto apostrofando a Dios*

en la silla turca, lo que trastorna el funcionamiento de la hipófisis, acaban por tener otros trastornos luego. En primer lugar, el trastorno de los dientes. Estos individuos ven que sus dientes se les separan, se le hacen más desiguales... un diente cae... otros quedan laxos en su alveolo; otros que desfiguran su implantación. De ahí que Vds. deben retener que en los acromegálicos será siempre poco favorable cualquier tratamiento o pronóstico dentario.

Otra facies que también les interesa es la del síndroma

testículohipofisiario. Muchas veces, en lugar de desarrollarse un síndroma acromegálico, desarróllase el síndroma adiposogenital, en el cual el individuo se carga de grasa, que aparece en todas partes: en el pescuezo, en la cara, redondeando rasgos y formas, y al mismo tiempo se produce la atrofia de los órganos genitales (Fig. 7).

En estos individuos existen los mismos trastornos dentarios que existen en el acromagálico en un 90 %, pero en mucho menor proporción que en el acromegálico.



Figura 11.—*Lipomatosis simétrica; trastorno atribuído hoy a una alteración de la función tiroidea*

Otro individuo que interesa es el infantil por insuficiencia testicular: sujeto alto, delgado, grácil, y aun cuando es un hombre, tiene timbre o tono de mujer su voz. Los efebos de la época griega eran infantiles testiculares en gran parte: graciosos y esbeltos de forma, la que se confunde con la de la mujer. (Fig. 8).

El infantil testicular es lampiño, sin ninguna barba. La

mentalidad está de acuerdo con este aspecto exterior. Son individuos que nunca envejecen, ni exteriorizan grandes pasiones, ni sentimientos, ni nada que acuse una personalidad definida.

Las facies del febricitante es congestionada, tumefacta; la lengua sumamente saburral y edematosa, con impresiones



Figura 12.—*Lipomatosis simétrica*

dentarias; el aliento fétido, pero esta fetidez no la van a confundir con la fetidez del individuo que tienes caries dentaria, pues es también un olor "sui generis".

La facies del tifoideo es muy característica: individuo postrado en cama con la expresión del individuo que no descansa, excitado e insomne de noche y soporoso durante el día.

La lengua del tifoideo es bastante particular. Cuando la enfermedad comienza, es la de un embarazo gástrico. La



Figura 13.—*Hidrocefalia luética*

lengua del tifoideo es saburral con el borde y la punta rojos. Se va desecando más y más con la evolución de la enfermedad, y si se le pasa el dedo por el dorso da la sensación seca

y rasposa de la lengua del loro ("lengua de loro"). Si la lengua se deseca más aún y el enfermo tiene el vientre tim-



Figura 14.—*Síndroma adiposogenital hipofisiario*

panizado, constituye un síndroma de pésimo pronóstico y de una veracidad casi constante.

La lengua roja, color frutilla del escarlatinoso, coincid con la aparición de un exantema facial que se exiende rápidamente en todo el cuerpo; un levantamieno brusco de la temperatura a 39º o 40º; y la producción de anginas rojas y turgentes que tienen un aspecto de frutilla.

La lengua es roja con un poco de saburra, pero las papilas se notan bien sobre la saburra de la lengua.

Después de estudiar las facies, es bueno entrar en el estudio del estado intelectual del sujeto.

Los enfermos pueden delirar y presentar ilusiones y alucinaciones. (Fig. 9 y 10). ¿Qué es una ilusión? ¿Qué una alucinación? El individuo cuando tiene una ilusión toma lo irreal por real y viceversa; una alucinación es tomar lo real por lo irreal.

El individuo que usa la morfina, cocaína u otras alcaloides en dosis tóxicas, los alcoholistas, etc., sufren delirios tóxicos diversos.

También hay delirios en los que el individuo ejecuta actos de violencia: rompe objetos, los tira, etc.

Hay otros que deliran tranquilos, murmurantes, musitantes, como en la guerra última se ha observado que era casi la regla en los heridos, debido al enorme shock moral que aparejaba; semejante es, por lo general, el delirio de los febriles, el cual frecuentemente, sin embargo, toma caracteres sumamente violentos en los alcoholistas.

El individuo está en coma cuando ha perdido toda noción de lo que le rodea, y permanece insensible a toda incitación o excitación exterior.

A veces ciertos enfermos están somnolientos o cansados y no se imponen de lo que pasa a su alrededor, salvo que se los excite con cierta violencia; es lo que se llama *somnolencia o sopor,* que viene a significar un grado bastante atenuado del coma.

CAPITULO IV

Temperatura

La temperatura se ha estudiado desde hace mucho tiempo, basándose en la sensación que experimenta la mano cuando se la aplica sobre los febricitantes, y ya desde la época de los griegos se ponía el dorso de la mano sobre la superficie de la piel del enfermo. Después vinieron los estudios de la temperatura, sistemáticamente observada, tomada con precisión.

Por último se establecieron los cuadros gráficos, tomando curvas, lo que hizo Wunderlich, y que constituyen un verdadero modelo de veracidad científica y de observación imparcial (1).

La temperatura, estudiada en esas condiciones, es un signo de gran valor. Cuando sólo existe un levantamiento de la normal es la *hipertermia*, y constituye, a veces, parte de un síndroma, el de la *fiebre*.

No hay que confundir, pues, fiebre con temperatura elevada.

Hay *hipertermia* cuando está la temperatura por encima de la normal. El síndroma *fiebre*, ¿en qué consiste? Consta de numerosos síntomas de mayor o menor importancia, que no son constantes y que, más o menos, exteriorizan trastornos de los diversos aparatos.

Con la fiebre se tiene taquicardia (taquicardia es el aumento de pulsaciones cardíacas), aunque hay individuos febriles que no tienen taquicardia. Así ocurre en la tifoidea, enfer-

---

(1) Todas las ilustraciones de este capítulo han sido delineadas por el Sr. Otelo Cherubini, practicante externo del servicio, y han sido tomadas la mayoría de las curvas en enfermos de la sala.

medad que trae *bradicardia* relativamente, (lo que significa: pulso lento).

En el síndroma fiebre hay hipertermia, taquicardia, astenia del sujeto, (cansancio, falta de fuerza general).

La lengua saburral y pastosa, tiene en sus bordes las impresiones dentarias. Las orinas están cargadas, de principios uréicos.

La temperatura es un dato muy importante que constituye la base del síndroma fiebre.

La temperatura se puede tomar: bajo la lengua, en las axilas, en el recto. Generalmente se toma en las axilas. En los niños se toma la temperatura en el recto, por lo general.

La temperatura axilar normal no debe pasar de 36°7 o 36°8, a pesar de que el vulgo cree que la normal es 37°, la que ya es una temperatura anormal.

La temperatura tiene variaciones según la edad y según el momento del día.

Lo que tiene importancia es la curva diaria. En la curva diaria hay que considerar dos máximas y dos mínimas.

Hay dos máximas, una que es la de la mañana: de 9 a 11, y la máxima de la tarde que se observa entre 3 de la tarde y 7 a 9 de la noche, y las que son constantes, sobre todo la exacerbación de la tarde. Muchos individuos no tienen exacerbación por la mañana, y, sin embargo, la tienen de tarde.

En cuanto a las mínimas, existen dos: la mínima de la mañana y la mínima de la media noche. En los individuos que viven noctambúlicamente, por ejemplo: los serenos, existe una inversión de la curva total.

Estas dos máximas y mínimas se llaman también remisión y exacerbación. Cuando sube es la exacerbación, y cuando baja es la remisión.

Las fiebres no son todas iguales.

En las temperaturas anormales estudiaremos con detención las exacerbaciones y las disminuciones.

Las fiebres, al producir la hipertermia, adoptan diversos tipos que es muy importante conocer.

En general, las fiebres tienen diversas gradaciones y hasta cierto punto existen variaciones individuales. Hay sujetos que tienen 40º con toda facilidad y por cualquier motivo acusan temperaturas elevadísimas, y otros que no producen temperatura elevada. Individuos que tiene una función exaltada de la glándula tiroídea, acusan grandes temperaturas con facilidad.

En la gente gorda es raro ver temperatura externa elevada, ocurriendo así porque las capas exteriores transmiten con dificultad la temperatura. Es muy frecuente observar entonces 35º bajo la axila. Es un error aparente y no real: tomada bajo la lengua o en el recto, la temperatura es como la de cualquier otro sujeto.

Se llama *fiebre ligera* aquella que no pasa de 38º5 y se llaman fiebres leves, o estados subfebriles, aquellas que no alcanzan a 37º5.

Si la fiebre es de 38º5 a 39º como máximo, se llama *moderada;* de 39º5 a 40º es fiebre elevada, y arriba de 40º se llama fiebre *intensa*.

Respecto a la fiebre hay, además de estas gradaciones, lo que se llama la curva. La curva de una fiebre se forma simplemente trazando sobre el papel graduado las diversas alteraciones, que la temperatura de un sujeto experimenta y uniéndolas luego entre sí.

Para anotar sobre el papel se recurre al sistema de abscisas y ordenadas, esto es, trazando sobre un papel líneas paralelas horizontales y verticales indicando estas la repartición del tiempo en horas, días o semanas. Las horizontales los grados subdivididos en décimos o quintos de grado.

La temperatura debe tomarse por los menos a la mañana y a la tarde. De mañana a las 9; en la tarde a las 6. Es raro que a estas horas no se perciban levantamientos de temperatura apreciable. Cuando se desee hacer un estudio más detallado deben tomarse de 3 en 3 horas, día y noche.

Los tipos de fiebres son extraordinariamente importantes.

El tipo de la tuberculosis incipiente no lo van a encontrar descripto en los libros clásicos. Es lo que hace que muchos no lo distinguen o lo hacen apenas, de las temperaturas normales. Sin embargo, hay una diferencia evidente.

Este, (fig. 15) por ejemplo, es un esquema hecho por el Sr. Cherubini, practicante del servicio y excelente dibujante. Se observa aquí al tipo de subfiebre, que se nota comúnmente en los bacilosos incipientes. Por eso un sujeto que tiene 37° todas las tardes y todas las mañanas, es digno de consideración y debe someterse a un examen clínico detenido.

Hay otros individuos cuya temperatura oscila apenas, constituyendo la suya una curva térmica invariada, una verdadera línea horizontal, que justifica una mayor observación. Se le podría llamar temperatura subfebril horizontal o monotermia.

Hay otro tipo que es el tipo de temperatura normal, *que se exacerba,* sin embargo, por arriba del máximo normal, a raíz de un ejercicio ligero, y que el reposo vuelve lentamente a la normal. Yo la designaría como exacerbación subfebril postdinámica.

Existe otro tipo que se presenta en las mujeres: es el de la exacerbación de su temperatura en cada menstruación, y a veces es un indicio de bacilosis latente. Es lo que se podría llamar exacerbación subfebril menstrual.

Estos, pues, son tipos de temperatura sospechosa, en los bacilosos incipientes. (Fig. 15).

En el individuo normal o febricitante existe la *variación diaria,* es decir la diferencia entre la máxima y la mínima. Se llamará *fiebre contínua* a aquella cuya variación no pase de un grado.

Cuando la variación diaria no es mayor del medio grado, se llama *contínua verdadera*.

Cuando la fiebre tiene una variación de medio a un grado, es *subcontínua*.

En la tifoidea, fiebre contínua clásica, la fiebre es gradualmente ascendente, luego viene un estadio de 10 a 15 días.

TIPO HORIZONTAL — EXAC. FEBRIL DESPUES EJERCICIO — EXAC. FEBRIL MENSTRUAL — TIPO SUBFEBRIL VESPERAL — FIEBRE HECTICA

Fig. 15.—*Curvas febriles tuberculosas*

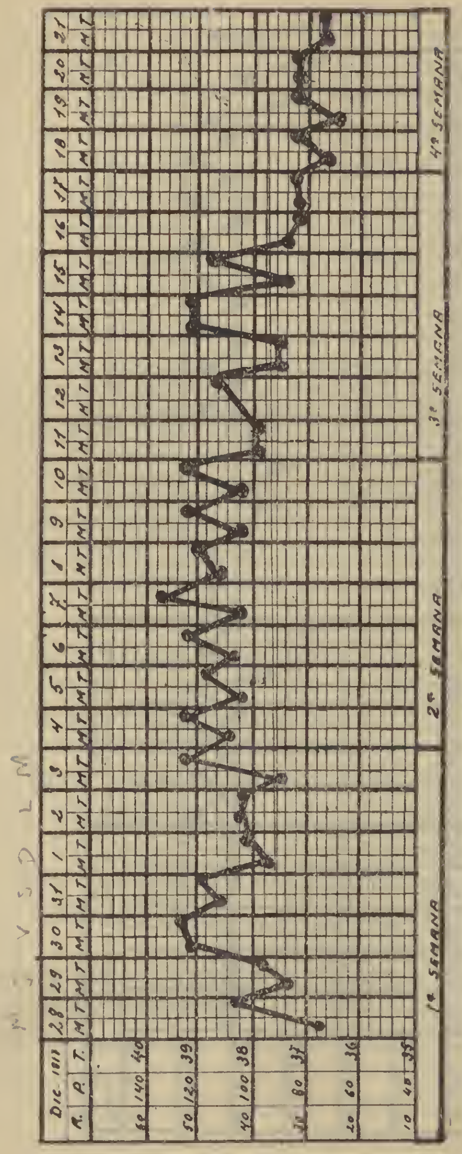


Fig. 16.—Curva de la temperatura en la fiebre tifoidea

y en fin un descenso en la misma forma gradual, en que se ha hecho el ascenso. (Fig. 16).

Hay otros tipos de temperatura contínua, como ocurre en la neumonía. La neumonía es un tipo de fiebre contínua (figs. 17 y 18), generalmente contínua verdadera; la temperatura sube a 40° o 41°, y se mantiene durante 5, 7 o 9 días, generalmente un número impar de días, arriba de la normal, para caer después bruscamente, llamándose a esto la crisis, o si no por lisis, es decir, el descenso de la fiebre y la mejoría del sujeto se establece poco a poco.

En el tipo remitente se observa una acentuación de la

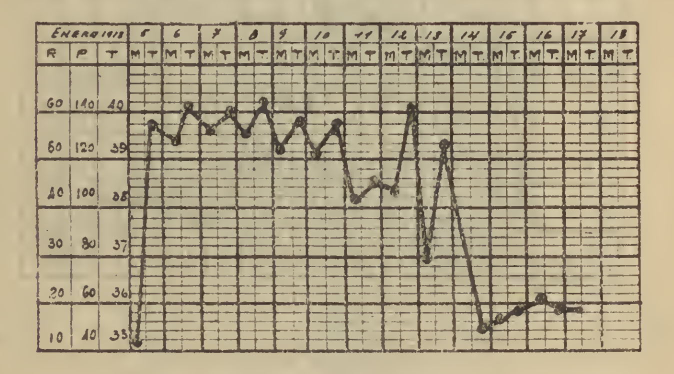


Fig. 17.—*Curva de la temperatura en la neumonia fibrinosa* (crisis)

curva normal. En el tipo remitente por lo tanto, hay dos remisiones diarias y dos exacerbaciones diarias.

La fiebre remitente tiene una variación diaria de uno, dos o tres grados.

La fiebre remitente se encuentra en la bacilosis ulcerosa, en las formas asociadas. La fiebre remitente (fig. 19) se encuentra también en todas las infecciones, en todas las supuraciones: el individuo se siente bien por la mañana y por la tarde presenta una temperatura elevadísima, con sudores y escalofríos. La remitente indica, generalmente, por lo tanto, una in-

fección (fig. 20). A veces, sin embargo, sobre todo las supuraciones profundas pueden revestir un tipo febril intermitente, semejante a la curva del paludismo, pero es la excepción.

La *fiebre intermitente,* que es sumamente característica, no se confunde con ninguna otra.

Hay individuos que tienen estados transitorios de *pirexia y apirexia* (1). Por ejemplo: hay sujetos que tienen todos los días una temperatura dada, que va precedida de escalofríos. Aquellos que viven en el norte del país, conocerán de

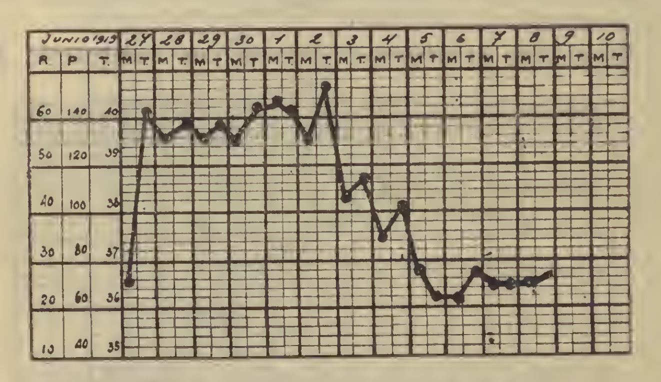


Fig. 18.—*Curva de la temperatura en la neumonía fibrinosa* (caída en lisis)

cerca el paludismo, del cual la caracterización es la fiebre *intermitente* palúdica, que puede variar en su forma (fig. 21).

Así, cuando la fiebre aparece a la misma hora, todos los días, se llama *cotidiana.*

En la fiebre *terciana* se observan un día de apirexia entre un acceso febril y el siguiente. En la fiebre *cuartana,* aparece el nuevo acceso de temperatura, después de dos días de apirexia.

La fiebre intermitente siempre se acompaña de escalofríos.

Conocen Vds. lo que es el escalofrío: una sensación de

(1) Pirexia significa fiebre; apirexia, sin fiebre.

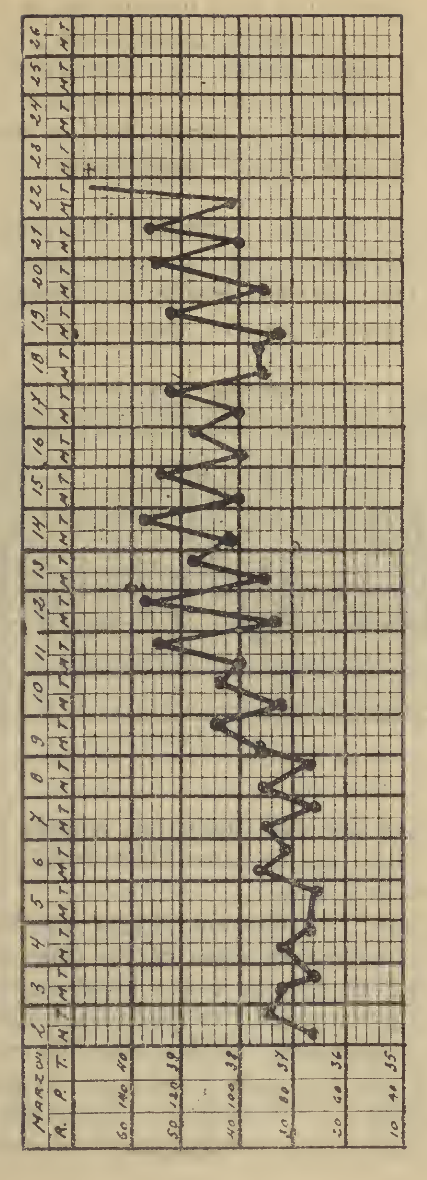
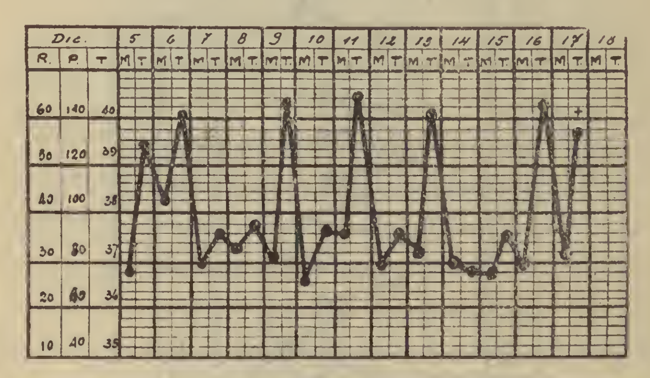


Fig. 19.—Tipo de fiebre tuberculosa

frío indefinible aparece con toda brusquedad, se eriza la piel (piel de "gallina"), el rostro se pone pálido y cianótico, los labios azulados, al mismo tiempo hay "castañeteo" de dientes y temblores. El acceso de fiebre intermitente termina por intensos sudores. El sujeto se empapa todo el cuerpo traspasando el sudor la ropa. Luego experimenta una postración intensa.

En cuanto a la fiebre llamada *recurrente*, es parecida a la fiebre palúdica, pero, en vez de tener períodos febriles, fugaces, tiene períodos febriles que duran varios días y apirexias que duran varios días también. (fig. 22).



Figu. 20.—*Curva de la temperatura en un caso de pionemia*

En una fiebre hay que considerar, además de la curva, su duración en total. Así se llama fiebre *banal* o *pasajera* la que no dura más de 4 días.

En la "grippe" se observan fiebres banales y que no concuerdan con ninguna de estas curvas clásicas de temperatura. Así existe un tipo de fiebre banal en la "grippe", en la cual el sujeto presenta temperatura brusca de 40° o 41° y que cae bruscamente también, durando en total 36 o 48 horas. Es lo que se llama "el campanario grippal". Se ha descrito también la "V grippal": fiebre que sube a un grado elevado, baja en pocas horas casi a la normal y vuel-

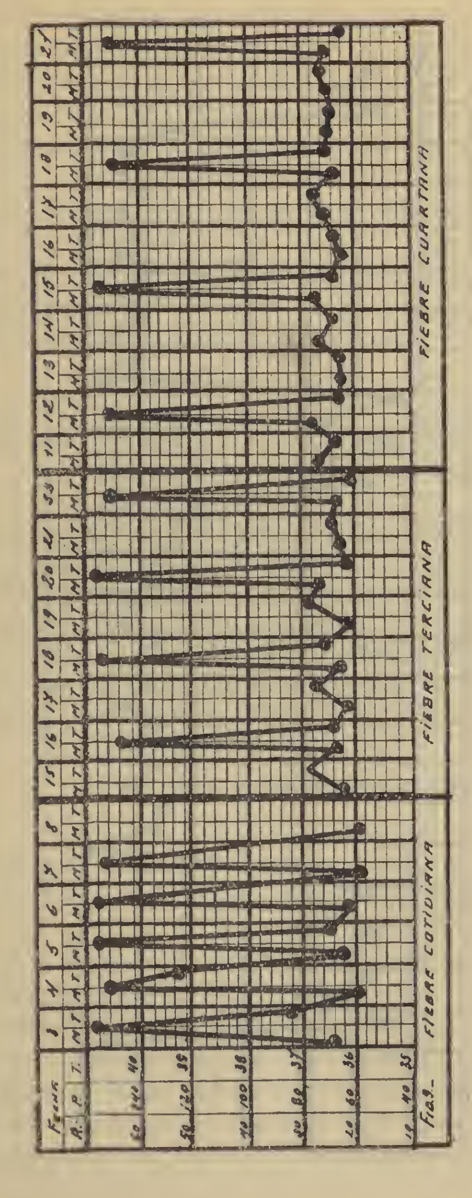


Fig. 21.—Curvas febriles en el paludismo

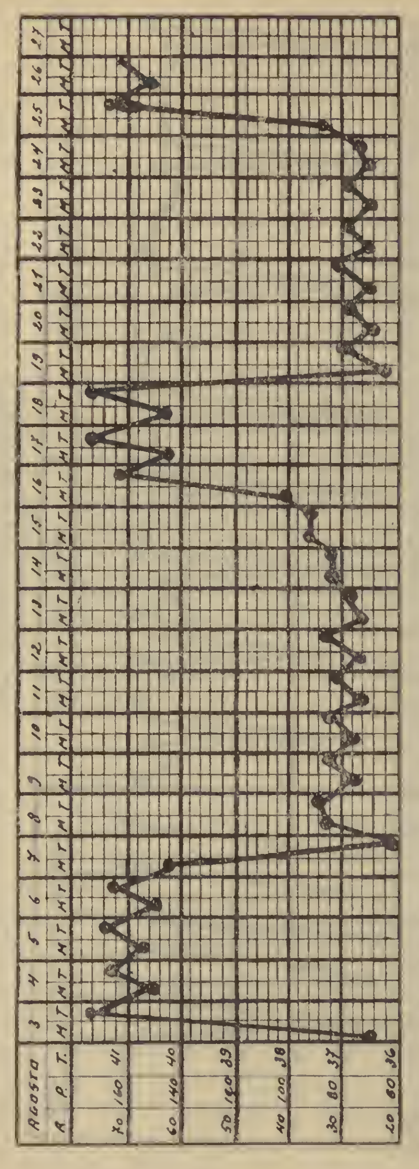


Fig. 22.—Curva de la temperatura en el tifus recurrente

ve a subir a los alrededores de 40° para iniciar en 12 o 24 horas más una lisis definitiva.

Las fiebres graves "grippales" son aquellas en las que la temperatura continúa acentuándose y termina con la muerte. En general, son formas efímeras que duran muy pocos días.

De manera que, fuera de la curva térmica, tenemos que considerar las duraciones en su conjunto.

Se llama *fiebre efímera* cuando dura menos de cuatro días y es *aguda* cuando pasa de cuatro, pero no más de siete a ocho. Se llama *subaguda* cuando no dura más de 6 sema-

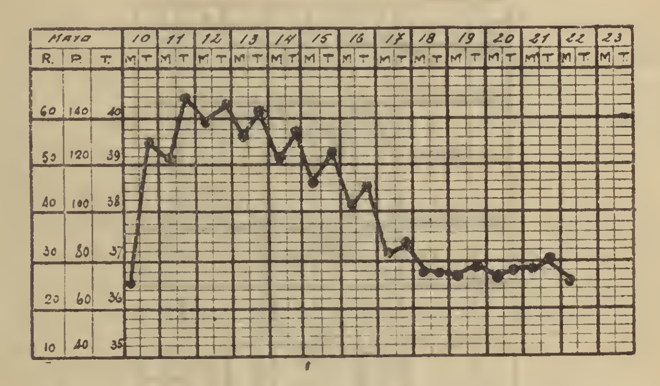


Fig. 23.—*Curva de la temperatura en la escarlatina*

nas, y es *crónica* cuando se extiende por arriba de este plazo, aun cuando estas designaciones últimas son bastante convencionales.

Fuera de la cuestión duración, tenemos que estudiar cómo comienza una fiebre.

Hay comienzos que son bruscos, como ocurre en la escarlatina, en la erisipela, y en general en las neumonías. El individuo en pocas horas pasa de la salud a la enfermedad. Cuanto más rápidamente comienza una temperatura, tanto más frecuentemente se observa el chucho, el escalofrío.

Otras afecciones comienzan poco a poco, pero, siguiendo una curva gradual, con una cierta regularidad; en otras no se sigue tanto esa regularidad.

La tifoídea comienza con cefalalgias, sangre por la nariz y sensación de cansancio; temperatura máxima durante la noche, un cuadro bastante característico y ustedes observarán que cada día la temperatura máxima es superior a la del día anterior.

El estadio de una pirexia es variable. En la neumonía se mantiene durante 5, 7, 9 días con toda intensidad, es decir,

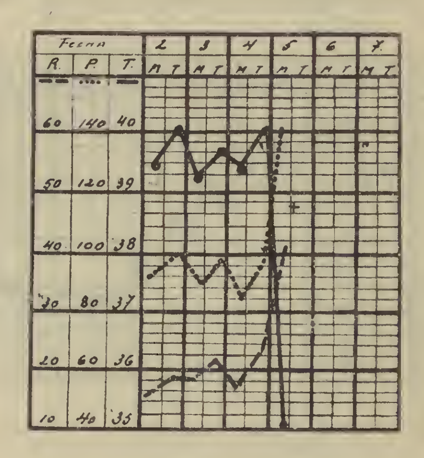


Fig. 24.—*Colapso*

un número impar de días, lo que es un principio que tiene importancia capital.

La terminación de la fiebre se hace según el caso y según que la enfermedad tenga una marcha favorable o no. Hay dos maneras de terminarse la fiebre: o se hace por *crisis*, o por *lisis*. Cuando es por *lisis*, termina disolviéndose poco a poco. Las fiebres terminan también por crisis, la cual, en 12 o 24 horas, hace pasar al sujeto de la enfermedad a la salud. Cae la temperatura, el pulso se hace más tenso, más

regular y menos frecuente; aparecen sudores benéficos, aliviándose con esa transpiración, y por último una somnolencia de la que difícilmente se le saca hasta que está sano. En esos mismos días aparecen herpes en las mucosas, en la lengua. generalmente en los ángulos de la boca o en la lengua. Hay descargas de cloruros y principios ureicos por la orina.

La lisis trae el mismo beneficio, pero sin los sudores, sin la instantaneidad de la crisis y el sujeto sólo cura en 48 horas o más aún y poco a poco. No es raro en la crisis observar la perturbación crítica, que es una exacerbación de todos los fenómenos mórbidos, un día antes de la crisis verdadera.

Cuando la enfermedad va a terminar por la muerte, se ve qu su curva térmica es excesiva o baja a términos anormales, a lo que se llama colapso, en que cae por debajo de la normal.

Es frecuente el colapso en las enfermedades producidas por el coli bacilo, por ejemplo: las peritonitis colibacilares de origen apendicular.

La hipotermia nos interesa mucho menos. Hay individuos que la pueden tener en plena salud, como ser los gordos. Casi todos los cardiorenales y los individuos que tienen trastorno de la hematosis, también la tienen así como los sujetos sumidos en el coma y el colapso. Es frecuente en los individuos en inanición.

Los individuos que mueren por asistolia, tienen temperatura por debajo de la normal, sobre todo si presentan edemas generalizados.

La baja de la temperatura es de rigor en todos los enfermos, que tienen diarreas intensas, vómitos profusos, y, en una palabra, los que experimentan pérdidas líquidas considerables.

En fin, tienen descenso de temperatura local aquellos individuos que presentan una insuficiente irrigación sanguínea en una zona dada; vr. gr. en los casos de trombus, embolias, etc., de un miembro, a cuyo nivel, por lo tanto, la temperatura externa está debajo de la normal.

CAPITULO V

Examen de la piel

En el examen de la piel, que es fácil de hacer por la simple inspección, deben tener en cuenta los cambios de coloración, las erupciones, los edemas, el enfisema, las alteraciones del sudor, etc.

Cambio de coloración

Son muy diversos y pueden clasificarse como *palidez, rubicundez, cianosis, tinte bronceado, coloración grisácea e ictería*.

Todos conocemos las variaciones fisiológicas, según el temperamento, la raza, el medio ambiente en que el sujeto vive, etc., etc. Sabemos también que el espesor de la piel influye para que a veces los sujetos aparezcan más pálidos, sobre todo los que tienen la piel gruesa y presentan un abundante panículo adiposo.

La coloración de la piel se la aprecia sobre todo en aquellos sitios donde es fina: cara anterior de los brazos y antebrazos, en los flancos, en los carrillos al nivel de los pabellones de las orejas y también se apercibe a la altura de las mucosas labiales y bucales, de la conjuntiva, etc., etc.

PALIDEZ. — Puede haber palidez por una reducción de la cantidad global de sangre: tal sucede en las hemorragias re-

petidas o si no en las grandes hemorragias masivas que tienen su punto de partida al nivel de la nariz, del recto, del útero, del estómago, del duodeno, del pulmón, etc., y sea cualesquiera la causa que las provoca.

Un ejemplo de las hemorragias repetidas y pequeñas nos lo proporciona la anquilóstomiasis, en la cual numerosos parásitos asentados en las vellosidades del duodeno, sustraen enormes cantidades de sangre, adquiriendo los individuos que la presentan un marcado tinte anémico.

La constatación de una palidez acentuada sin una causa apreciable, muchas veces hace pensar en las hemorragias ocultas, tan frecuentes en lesiones ulcerosas del estómago y del duodeno, así como en los neoplasmas de las vías urinarias, digestivas o genitales.

Además de estas causas, ocurre otras veces que la contracción de los vasos produce palidez por el menor aflujo de sangre, como se observa bajo la acción del frío, del temor, de la emoción, en los diversos espasmos vasculares, el síncope, el escalofrío de las fiebres.

En muchas afecciones los glóbulos rojos están disminuídos en su cantidad; las supuraciones crónicas, el paludismo, las anemias y leucemias, la clorosis entran en este grúpo. En otro grupo de afecciones, el tenor en hemoglobina por cada glóbulo es inferior a la cifra normal, como sucede en la tuberculosis, en el cáncer, en la malaria, y sin llegar a ser una causa realmente patológica, simplemente por la estadía en los trópicos, donde la gente en general tiene una riqueza en hemoglobina, mucho menor a la normal.

Rubicundez. — La rubicundez es todo lo contrario de la palidez y se observa a la altura de las mismas regiones.

Hay sujetos, como los fogoneros, cocineros, herreros, en quienes la rubicundez es casi la regla, como consecuencia de sus profesiones. Pero en circunstancias patológicas, la rubicundez tiene cierta importancia digna de mención. Ocurre que los vasos dilatados la ocasionan: tal es la acción del calor, la del pudor; tal es la acción del predominio del simpá-

tico en los bacilosos, que origina rubicundez en la región malar del mismo lado que el pulmón enfermo.

Lo mismo ocurre en la fiebre, en la cual la palidez siempre debe interpretarse como un dato digno de atención y que muy comúnmente es indicio de alguna complicación.

En otros sujetos es un aumento de la cantidad de la sangre o del número de glóbulos rojos de la misma, lo que ocurre en la *poliglobulia* simple de las alturas que es un estado temporario y en la *poliglobulia* permanente o enfermedad de *Vaquez*.

CIANOSIS. — La cianosis no es una rubicundez, aun cuando se le parezca. Deriva su nombre del tinte azulado, que se observa en aquellas partes donde la piel es delicada o si no en las extremidades. Así es que la observamos en las mejillas, en las manos, en los pies la nariz, los lóbulos de las orejas, las mucosas bucal, labial, etc., etc.

Cuando la cianosis va unida a la palidez, se la designa con el nombre especial de *lividez*.

La cianosis es un síntoma que, como la *ortopnea,* siempre significa dificultad para la hematosis, sea porque esta dificultad deriva de una alteración de la función respiratoria, sea porque deriva de un fenómeno de índole circulatorio.

Alteraciones respiratorias. — Las alteraciones en la función del diafragma, es decir, de aquel músculo que, separando el tórax del abdomen, contribuye enormemente a la dinámica respiratoria la originan. Así toda afección que altere su función podrá ocasionar cianosis, como ocurre en la paresia diafragmática y en el absceso subfrénico el que, aun cuando es un proceso abdominal, tiene una sintomatología toráxica en gran parte.

Las afecciones pleurales se acompañan todas de cianosis; por ejemplo, en la pleuresía seca, y sobre todo en la pleuresía con derrame, sea serofibrinoso, hemorrágico o purulento.

Lo mismo ocurre en la acumulación de gas en la cavidad pleural, sea espontáneamente producido (neumotórax espon-

táneo), o terapéuticamente introducido el gas por el neumotórax artificial.

Cuando existen gas y líquido en la pleura (*hidroneumotórax*), también se observa la cianosis.

Todas las afecciones pulmonares pueden producir cianosis, ya se trate de tumores o de quistes del pulmón, ya sea en la neumonía fibrinosa, en la cual un lóbulo o varios lóbulos reducen la capacidad pulmonar, o en la bronconeumonía, en la cual los focos generalmente numerosos, causan la cianosis. En todos estos casos se observa cianosis.

La tuberculosis pulmonar, que afecta tantas formas, produce cianosis con caracteres muy importantes en algunas de las formas más dignas de ser conocidas. Por ejemplo la tuberculosis fibrocaseosa extensiva que llega a la producción de grandes cavernas, origina cianosis.

La tuberculosis caseosa del pulmón cuenta la cianosis entre uno de sus grandes signos, signos que preceden generalmente a los signos de auscultación; y en la tuberculosis miliar, la cianosis y la disnea son síntomas de tan gran valor, que a veces son los únicos que, unidos a la fiebre de tipo contínua o remitente, permiten establecer el diagnóstico.

Diversas afecciones de las vías respiratorias, como ser: los tumores, las inflamaciones de la tráquea y de la laringe, los cuerpos extraños, traen también cianosis, generalmente muy intensa.

Afecciones de origen circulatorio.—Entre las afecciones de origen circulatorio, que dificultando la hematosis pueden originar cianosis, se cuentan los procesos del pericardio (pericarditis seca o con derrames serofibrinosos, hemorrágicos o purulentos), así como también diversas lesiones del miocardio: la fibrilación auricular o pulso irregular perpétuo, las diversas afecciones llamadas miocarditis, término poco preciso y que poco a poco se va escindiendo en la clasificación más determinante de las arritmias.

La sobrecarga y la degeneración grasosa pueden originar cianosis. Y, por último, las afecciones de endocardio en las

cuales la cianosis es un síntoma muy frecuente, sobre todo en las lesiones valvulares y dentro de ellas en las lesiones que afectan la válvula mitral, así como en los vicios cardíacos congénitos, los cuales se acompañan casi siempre de gran cianosis.

Otros grupos de afecciones que originan cianosis, lo forman ciertas intoxicaciones de origen externo, por cuerpos terapéuticos de la serie pirídica: la piridina, la antipirina, la aspirina, el piramidón, medicamentos de un uso hoy en día muy dilatado y hasta cierto punto casi vulgar, que ocasionan estados sincopales, en los cuales la cianosis es un síntoma impresionante por su intensidad.

Coloracion bronceada. — La coloración bronceada a que nos referimos, no es la coloración étnica de las razas aborígenes de América, sino una coloración que se establece poco a poco, que muy comúnmente comienza por la producción de manchas que se extienden y confunden gradualmente entre ellas, y que se acompaña a veces de manchas análogas repartidas en las diversas mucosas, sobre todo al nivel de los sitios en que se ejerce cualquier acción mecánica.

Esta coloración descrita por Addison hace mucho tiempo, forma parte del síndroma de Addison, relacionado en general a lesiones destructivas de las glándulas suprarrenales, lesiones sobre todo de índole tuberculosa.

Este síndroma además presenta todos los signos de la insuficiencia suprarrenal: taquicardia, hipotensión arterial, astenia, y tinte bronceado de la piel y manchas en las mucosas.

Otra coloración bronceada, rara vez observada hoy en día, es la producida por la intoxicación arsenical, generalmente de origen medicamentoso.

Coloracion grisacea. — La coloración gris, del punto de vista patológico nos interesa poco, porque en nuestro ambiente se la observa excepcionalmente. En Europa, en ciertas regiones mineras e industriales, puede tener una importancia grande, por observarse en sujetos que presentan una intoxi-

cación argéntica; sobre todo por lo tanto en los mineros de plata, o en los que trabajan en plata o mercurio y aún en ciertos individuos que, por su profesión tienen que ocuparse en la manipulación del arsénico.

Icterias

El síndroma icteria es un síndroma sumamente importante.

La icteria o ictericia es un síndroma caracterizado por una coloración amarilla de la piel y de las mucosas, la que puede variar entre grados extremos: la *icteria leve* que pasa desapercibida y que se llama *subicteria*; y otras que son persistentes en cuanto a su duración y muy intensas por lo que se refiere a su tinte.

En condiciones corrientes sólo se la percibe a la luz natural. A un ictérico no se lo reconoce de noche, y sólo se la apercibe de día a la luz solar.

Tengámoslo presente para no tratar de evidenciarla con ayuda de la luz artificial .

La icteria no es un solo síntoma, en realidad; es un síndroma como hemos dicho.

La coloración amarillenta aparece en las partes superiores del cuerpo; en la cara, en la conjuntiva, en los brazos, y, por último, en las piernas, para desaparecer poco a poco, si es que la causa productora desaparece, en un orden inverso.

La icteria se debe a una impregnación de las mucosas y de la piel por los pigmentos de la bilis, sea por los pigmentos normales, sea por los pigmentos anormales. Pero antes de seguir adelante con la icteria, debemos recordar lo que es el hígado. El hígado es una de las glándulas más importantes que hay en el organismo. Es una glándula de secreción interna y a la vez de secreción externa, cuyas funciones no son bien conocidas todavía.

Saben ustedes que las glándulas de secreción internas

son las que producen elementos, no de excreción o de desgaste, sino de secreción, necesarios al perfecto funcionamiento del organismo.

El hígado tiene numerosas funciones. En primer lugar se le conoce una función digestiva. La función digestiva es la de segregar la bilis y contribuir a la digestión de los alimentos. La bilis contribuye a la digestión por medio de los principios que ella contiene y ayuda a emulsionar las grasas. Además dentro de la función digestiva, el hígado recibe por medio de la circulación porta, todos los alimentos y los transforma o los almacena. Entonces tiene una función digestiva: almacena azúcares o cuerpos que la originan y emulsiona las grasas.

En segundo lugar, tiene una función de depuración del organismo. Por la bilis se eliminan una porción de principios nocivos para el mismo.

En tercer lugar, el hígado almacena hierro, hierro que luego va a distribuirse por diversas partes del cuerpo.

El hígado tiene otra función que es la de almacenar glicógeno a expensas de los hidratos de carbono y producir glicógeno que va a servir para el perfecto funcionamiento del organismo. Además de estas funciones tiene otra que es muy importante: producir glóbulos rojos y también destruirlos.

El hígado es una glándula sumamente compleja por lo tanto. La icteria es el pasaje de la bilis a la sangre.

Hay icterias en las cuales los pigmentos son los normales de la bilis. En otras, los pigmentos no son los normales, sino los que representan una etapa anterior y transitoria de ellos.

¿Por qué mecanismo se produce la ictericia? Por mecanismos diversos y complejos, y antes de entrar a describirlos, es preferible describir el síndroma icteria, en qué síntomas está basado y qué elementos diagnóstico lo forman.

Un individuo ictérico presenta síntomas en casi todas las esferas del organismo. La superficie externa del sujeto se pone amarilla en grados muy diversos: es un amarillo "ca-

nario'' en unos, en otros tiene un reflejo verdoso, en otros casi va ya a los colores pardos. Uno apercibe el tinte ictérico en las partes delgadas de la piel. Hay que examinar los flancos, los lóbulos de las orejas, etc., etc., de ninguna manera hay que buscarla, por ejemplo en la planta de los pies. También se examinarán las mucosas labial, lingual, bucal, donde aparece con relativa precocidad.

El sujeto ve frecuentemente los objetos de un color amarillo, debido a la impregnación de su retina por los pigmentso biliares. En la ictericia es muy común el prurito pero no todos los ictéricos lo experimentan.

Hasta hace poco tiempo se decía que aquellos ictéricos que tenían prurito, era a causa de la abundancia de sales biliares, lo cual hoy en día se duda hasta cierto punto, pues en los últimos años esto se ha estudiado con cierta detención, y el asunto no es aún bien claro. Pero, como se admite por la mayoría que el prurito es causado por las sales biliares, deben ustedes considerar el hecho como una causa probable pero no probada.

En resumen, la mayoría cree que cuando se retienen sales biliares, hay prurito, y cuando no hay prurito, la retención es simplemente de los pigmentos biliares.

Entre los signos de índole circulatoria se puede citar la bradicardia total (pulso lento) de la icteria.

Bradicardias totales son aquellas en las cuales el corazón adopta un ritmo de menor frecuencia que el normal.

La icteria que es una intoxicación, a veces obra sobre el centro bulbar del vago y produce una detención en el ritmo cardíaco.

Además la tensión arterial está disminuída.

A más de estos fenómenos de índole circulatoria y de índole cutánea, hay otros de índole digestivo, como ser la lengua suburral, aliento muy fétido, diarreas, etc. Las materias fecales pueden tener tres variaciones importantes, mediante las cuales pueden clasificarse las icterias. O están coloreadas normalmente o están descoloridas, o la coloración es excesiva.

Cuando la bilis no llega al intestino, están decoloradas, y la icteria se llama por *retención*. El primer grupo es, pues, el de las icterias por retención. Es retenida por cualquier objeto situado más arriba del orificio de salida de las vías biliares al tubo digestivo. Los excrementos privados de la bilis tienen una gran tendencia a la putrefacción y presentan un olor muy fétido característico.

Las materias fecales pueden estar excesivamente coloreadas; es cuando se trata de las icterias por exceso de producción de bilis, y de ahí que el hígado no pueda eliminar toda la cantidad de bilis que produce e impregna el organismo por este exceso de producción.

Y en un tercer tipo de icteria las materias fecales están coloreadas normalmente por la bilis, pero existe una destrucción de los glóbulos rojos de la sangre (de ahí el grado elevado de anemia) y se observa esplenomegalia. Son las icterias por hemolisis.

De manera que, sintéticamente se podría decir: icteria con fenómenos de retención y, por lo tanto, materias más o menos decoloreadas, siendo las materias fecales como macilla: icteria por exceso de producción de bilis o hipercolia, con materias fecales excesivamente coloreadas; y un tercer tipo, el de las icterias hemolíticas con materias fecales coloreadas normalmente con *esplenomegalia* (aumento de tamaño del bazo) y destrucción de glóbulos rojos en la sangre y coloración de la piel por pigmentos anormales.

Las orinas deben ser estudiadas con detención en los ictéricos. En las icterias por retención, por ejemplo, hay una coloración muy verdosa, que puede llegar a ser tan intensa que va hasta el color caoba desde el amarillo verdoso.

Las orinas de los ictéricos tiñen las ropas con un color amarillo verdoso característico.

De manera que, de acuerdo con el análisis de las orinas, podemos considerar también los tipos de icterias. Hay algunas en las que se encuentran los pigmentos normales de las bilis, y hay orinas ictéricas en las cuales los pigmentos biliares

son anormales, siendo etapas previas en la producción de los pigmentos normales.

De ahí viene la clasificación de las icterias en dos tipos, según el cuadro urinario: icteria con eliminación de pigmentos normales e icteria con eliminación de pigmentos anormales o intermedios, como son la urobilina y el pigmento rojo-pardo que se caracterizan en las orinas.

También hay icterias colúricas, porque pasan pigmentos a la orina, o acolúricas, en las cuales los pigmentos biliares no aparecen en la orina.

Debemos tener en cuenta, pues, a las icterias por retención, por hiperproducción, y por hemolisis, por una parte.

La bilis que sale sometida a presión muy débil es retenida frecuentemente por el simple catarro de la mucosa del duodeno. El hecho es que la bilis se retiene en tales casos, es absorbida, pasa a la sangre y después a la orina.

Podemos citar las icterias catarrales, las obstrucciones de las vías biliares, por cálculos, etc., entre las icterias por retención.

Una icteria por retención puede durar mucho o poco. Supongamos que la retención se produce por cualquier otro motivo, un neoplasma que se desarrolla en el colédoco, (en su luz, su pared o por fuera), obstaculiza el pasaje de la bilis originado una icteria por retención. Puede ser un ganglio tuberculoso, sifilítico, una brida cicatricial lo que produzca al comprimirlo, una icteria por retención.

Hay otras formas en las cuales la obstrucción no está al nivel del colédoco, sino al de su salida, causa bastante frecuente de icterias por retención. Otras icterias se explican sabiendo que el colédoco pasa a través del páncreas, siendo común que se produzca la icteria por retención total y permanente en los cánceres de la cabeza del páncreas.

Los grandes quistes hidáticos a veces traen icteria y los pequeños quistes a veces se rompen en las vías biliares y sus membranas obstruyen el colédoco originándola también.

La hiperproducción de bilis y las materias coloreadas en

exceso, que es su consecuencia, constituyen un cuadro bastante característico, así como las icterias hemolíticas, el último grupo de las icterias, en las cuales hay producción de pigmentos biliares anormales, un grado más o menos marcado de anemia, y por último, esplenomegalia.

Las icterias hemolíticas tienen características sumamente importantes. La coloración es de un tinte anémico, por lo general; además se nota un tinte parduzco bien especial. El individuo presenta además una disminución de los glóbulos rojos. Las icterias por hemolisis pueden ser congénitas o adquiridas.

Cuando hay hemolisis, se produce por uno de los dos mecanismos siguientes, ambos muy importantes: o los glóbulos rojos han perdido su resistencia y no resisten por lo tanto al medio líquido del plasma en que se encuentran o, por el contrario, en este medio líquido del plasma existe un principio que obra sobre el glóbulo rojo y lo destruye. En la icteria hemolítica hay que considerar pues dos tipos importantísimos de producción: por la resistencia del glóbulo rojo disminuído, o por acumulación de substancias hemolizantes o destructivas del glóbulo rojo, las llamadas hemolisinas o agresinas globulares. Y de cualquier manera se caracterizan por estos rasgos comunes: tinte parduzco de la piel, materias fecales normales, anemia y esplenomegalia.

Icterias graves. — Hay un síndroma especial que se llama: *icteria grave*. Es un síndroma bien característico de una importancia extraordinaria y que deben conocer bien. El síndroma "icteria grave" no es lo mismo que una icteria cuya evolución es seria. La "icteria grave" significa insuficiencia total hepática. La icteria grave es un síndroma casi siempre fatal. Cesa la producción de bilis. Las materias fecales aparecen decoloradas; el individuo acusa una gran hipotensión, una taquicardia violenta, aparecen hemorragias diversas, y al mismo tiempo un estado delirante y el sujeto muere en hipotermia: 36°, 35° y aun menos.

La icteria grave es un síndroma aparentemente paradó-

jico, pues, por lo común, no hay icteria ya que el hígado, anulada su función biliar, no es capaz de producir los pigmentos normales o anormales característicos.

De manera que ese síndroma tan serio se constituye por la falta de producción de bilis, o acolia, la taquicardia, la hipotensión, los fenómenos nerviosos y las hemorragias.

La icteria es cuanto a su evolución va desde la icteria tenido icteria en realidad. Aparece así en individuos intoxicados por algunos cuerpos arsenicales o fosforados, por algunos productos de destilación de la hulla, en la anestesia clorofórmica, etc.

Recapitulando, pues, la icteria no es un síntoma sino un síndroma que se caracteriza por la coloración de la piel y algunos otros signos de índole tóxica, la bradicardia, el prurito, la astenia, las palpitaciones. Las materias fecales pueden estar decoloradas, ser normales o coloreadas en exceso. Se observa el pasaje a la orina o no de pigmentos biliares normales y anormales.

La icteria en cuanto a su elevación va desde la icteria catarral más leve hasta la icteria total y permanente, como ocurre en el cáncer de la cabeza del páncreas, ciertas obstrucciones por cálculos, tumores, etc.

Hay otros tipos de icterias por hiperproducción de bilis, las icterias por hipercolia o pleiocromia. Y un tercer grupo lo constituyen las icterias hemolíticas, con anemia, esplenomegalia y destrucción de glóbulos rojos, ya por disminución de la resistencia globular o por agresión globular.

Y, por último, un gran tipo bien aparte lo forma la icteria grave, caracterizada por la hipotensión, las hemorragias, la taquicardia, etc., todo lo cual se explica por la insuficiencia hepática completa.

CAPITULO VI

Erupciones de la piel. — Pigmentaciones Edemas

SUDAMINA. — Entre las erupciones cutáneas hay una llamada *sudamina*. Es una pequeña erupción, frecuente, muchas veces banal, casi sin importancia y que se experimenta en verano sobre todo y en los sujetos blancos rubios principalmente. La sudamina se manifiesta con cierta predilección en la raza sajona. Son ampollitas pequeñísimas, blancas, ligeramente rojas a su rededor y que, a veces, toman una coloración amarillenta, cuando hay tendencia a la supuración. Es una erupción frecuente en los niños y en la gente blanca, como ya dijimos, apareciendo como granulaciones muy pequeñas y numerosas, una en cada uno de los orificios de las glándulas sudoríparas.

La sudamina es casi de rigor en todas las enfermedades febriles que hacen crisis. La sudamina es muy importante en tales casos, porque revela la terminación de un proceso febril y en tal sentido es un fenómeno de crisis. Cuando existen sudores abundantes en diversas enfermedades como la tuberculosis, el reumatismo, etc., encontrarán también sudaminas, así como en los individuos que sudan en exceso.

HERPES. — Otro tipo de erupción es el llamado herpes, del cual ya habrán oído hablar. El herpes es una erupción caracterizada por la agrupación de varias o muchas vesículas que se jutan entre si como pequeñas rosetas. El herpes aparece sobre una base ligeramente tumefacta, más o menos ro-

jiza y generalmente no se observan por igual en todas las partes de la piel, sino que preferentemente tienen su asiento al nivl de las mucosas. Por ejemplo: es común el herpes en las comisuras de los labios, en la lengua, en la cara interna del carrillo, en las regiones genitales, etc.

El herpes es parecido a la sudamina en que se acompaña de transpiración; revela la terminación de una fiebre y puede considerarse casi *que no hay crisis sin herpes*. Esto es de un valor grande. El herpes durante la evolución de una pirexia aparece hacia la postrimerías de la misma, cuando el organismo ya ha vencido la dolencia que padecía.

El herpes es un signo importante, por lo tanto, en el diagnóstico y el pronóstico.

Aparece en las pirexias agudas: neumonía, gripe, meningitis cerebroespinal epidémica, erisipela, en la gastritis aguda a tal punto que es muy corriente oir decir al vulgo que el herpes es "el fuego o calor del estómago". De manera que el herpes es un signo que debe ser considerado y tenido en cuenta por su relativa importancia.

ROSEOLA. — Otra erupción que debemos considerar es la *roseola*. Es de un valor clínico importante. Se llama roseola a toda erupción más o menos maculosa o a veces máculopapulosa.

La picadura de una pulga o una chinche se diferencia de la roseola, por el punto central hemorrágico o petequia, producido por la picadura del parásito.

La roseola no tiene punto hemorrágico, de ahí que si se comprime, la roseola desaparece mientras la picadura persiste. La roseola es simplemente un mayor aflujo de sangre, una hiperemia por lo tanto. En las picaduras de insectos existe siempre la hemorragia central. La *roseola luética* desaparece a la compresión, pero al desaparecer deja, sin embargo, un tinte amarillento, ligeramente ajamonado, lo que se comprueba comprimiendo con un portaobjeto.

Semiológicamente debemos considerar la roseola luética,

que pertenece al período secundario de la sífilis o lúes la que tiene tres períodos clásicos. En el primero aparece la lesión inicial: el *chancro* que puede pasar desapercibido para el enfermo y desconocerlo el médico. El segundo período, que empieza al mes y medio o a los dos meses, es un período en el que se encuentra como el signo más importante, fuera de los dolores de cabeza, dolores de pierna, etc., la roseola, que se extiende en la superficie externa, especialmente del tórax, como numerosas manchas redondeadas, ligeramente salientes, con cierto brillo especial vistas desde el costado, y que a la compresión dejan ver el tinte amarillento ya descripto. Son indoloras y no tienen las características de las picaduras de pulgas, que se distinguirán fácilmente.

Existe una roseola tifoidea, que tiene una repartición mucho más discreta y limitada. No solamente hay menos elementos dermatológicos, sino que está repartida a una zona más pequeña.

La roseola tífica tiene como elemento dermatológico una mácula, rara vez plana, ya que por lo general es papulosa. La roseola sifilítica no siempre es saliente, la tifoidea es saliente siempre.

Lo que se llama la mancha lenticular o roseola tífica, aparece en el vientre, el dorso, los flancos, etc.

Aparece en el período de invasión de la tifoidea y durante las primeras semanas de su evolución encontrándose con frecuencia la roseola tífica.

Pitiriasis. — La *pitiriasis versicolor* se exterioriza en forma de pequeñas máculas amarillentas, a veces con un tinte rosado, y cuya aparición es con mayor frecuencia en la cara anterior del torax sobre la región esternal. La pitiriasis versicolor se constituye, pues, de máculas que se levantan, con el rascado; estas manchitas se descaman como una simple costrita. Es absolutamente indolora; no aparece una mácula debajo, el individuo las tolera y no se queja de ella, pues nada le incomoda. Es muy común que aparezca en los individuos blancos;

en aquellas que usan ropa interior de franela. Se la ve en los individuos rubios y de piel blanca con cierta frecuencia y sin mayor significado patológico.

La pitiriasis versicolar se observa, por otra parte, en los individuos enfermos que transpiran abundantemente, por ejemplo: en los bacilosos, en los individuos que ha tenido fiebres elevadas y sudores críticos copiosos, etc.

Cloasma. — Hay ciertas coloraciones de la piel, parciales, pigmentaciones especiales exteriorizadas en la cara y que se llaman *cloasmas*. Entre ellos hay que considerar algunas variedades. El *cloasma uterino* se encuentra en las mujeres que sufren del útero, de los ovarios y anexos, es decir, afecciones genitales internas.

El cloasma uterino está caracterizado por la pigmentación parduzca, algo difusa en la frente, alrededor de ella y de la boca. El cloasma uterino se confunde con el *cloasma gravídico* o del embarazo, con la diferencia de que el del embarazo es fugaz, desaparece rápidamente una vez que el embarazo llega a término y no guarda relación, por lo tanto, con los padecimientos genitales anteriormente citados.

El cloasma gravídico es lo que llaman "paños del embarazo", que aparece cerca de los ojos, sobre la frente, en las mejillas etc.

Otro cloasma muy interesante es el *cloasma suprarrenal*, que forma parte del síndroma de Addison ya descrito. Es una pigmentación de la cara, a consecuencia de la insuficiencia de las glándulas suprarrenales. Coincide con hipotensión arterial y astenia; es una primera etapa hacia la facies "addisoniana".

Ahora bien, el síndroma del cloasma suprarrenal en los individuos bacilares, se observa con frecuencia, pues la insuficiencia de las glándulas suprarrenales, sea orgánica y sobre todo funcional, acompaña a casi todos los procesos bacilares.

Ha llamado la atención al doctor del Castillo, jefe de tra-

bajos de la sala, la pigmentación de la frente constante dentro de lo que se ha visto en este servicio, en los individuos que tienen afecciones pleurales. Se ha observado como un regla y hasta ahora sin excepción. Es una pigmentación en la región vecina a la raíz del cabello, en la parte superior de la frente, posiblemente por excitación del simpático, y es algo a lo que nosotros — aquí en el hospital — llamamos con toda confianza *el signo de del Castillo* o del cloasma simpáticopleural, y que creemos que ha de merecer estudios ulteriores.

Dejando de lado estas coloraciones, debemos ocuparnos de otros pequeños signos relacionados con la piel, signos que los va a encontrar en la práctica médica con harta frecuencia: las *vergetures*, que aparecen en los sujetos que por una razón cualquiera tienen una alteración rápida de su volumen individual. Todo sujeto que, siendo muy grueso, pierda peso, o aquel pierda mucho líquido, al reabsorberse sus grandes edemas, frecuentemente presentará "vergetures", debido a la ruptura de las fibras clásticas del tejidos celular. Así también se encuentran en las mujeres que han tenido hijos, constituyendo un signo revelador y retrospectivo de un embarazo. En tales casos se encuentran en el abdomen.

Alteraciones del sudor

Es muy interesante estudiar las alteraciones del sudor. La transpiración está perfectamente regulada con relación a las variaciones ambiente por el sistema nervioso. Existen sin embargo, todas las gradaciones individuales, sin salir de la normalidad. Por regla general, los gordos transpiran más que los individuos delgados; las mujeres transpiran también más que los hombres y también hay diferencias de razas; por ejemplo, los negros.

El sudor en cantidad extraordinaria, fuera de razas, de edades y de sexo, aparece en las crisis febriles. El individuo

elimina sustancias nocivas para su organismo mediante la transpiración; por eso, las sudaciones críticas de las fiebres son benéficas.

El sudor en las crisis febriles es un signo de gran importancia, que el médico espera ansioso, por lo tanto, dado su significado favorable. El sudor de un gripal es un sudor que empapa todas las ropas, su olor es "sui generis". En general, es de un olor acre, penetrante, y además, sumamente abundantes en las crisis febriles.

El sudor del tuberculoso, sudor de la madrugada o la media noche, es un sudor frío, que le despierta, y abundante a tal punto que el sujeto se muda tres o cuatro veces sus ropas en la noche. El sudor del tuberculoso acompaña, por lo general, a las formas febriles de la bacilosis.

Otro tipo de sudor muy importante es el que aparece profusamente en los individuos reumáticos, teniendo un olor acre, desgradable y penetrante.

Aparte de esos sudores hay que recordar los que presentan ciertas clases de enfermos. Por ejemplo: los insuficientes renales muy comúnmente transpiran en forma extraordinaria, a punto tal que muchos de ellos presentan depósitos de cristales de uratos en la piel, constituyéndose así una forma de depuración que podría llamarse de emergencia.

Todos los individuos disneicos presentan sudores fríos y abundantes, a causa de la hematosis imperfecta que realizan.

Todos conocemos el sudor frío de los enfermos muy graves, signo de pésimo augurio, que aparece en los individuos que rapidamente se acercan a su momento final.

Hay sujetos, en número reducido es cierto, que transpiran en cantidad menor que lo normal. Retengan esta noción: todo individuo que, por una causa cualquiera, tiene un espesamiento de la piel, sea por una ictiosis; sea por cualquier eczema crónico, sudará muy poco o nada.

El sudor debe ser inodoro o escasamente oloroso. Existen variaciones individuales de raza, es cierto, pero a ellos no

nos referimos, ni a la acción que la observancia o el descuido de la higiene puedan tener.

Es muy frecuente que en los dementes se observen sudores con olores muy raros, intensos y penetrantes, y semejantes a los que desprenden las fieras enjauladas.

Edemas

La piel se compone de tegumento externo y del panículo adiposo y el tejido celular subcutáneo, en el cual corren venas, arterias y nervios. Cuando se infiltra líquido en el tejido celular subcutáneo o en el interior del cuerpo, se producen los edemas.

Hay edemas visibles: Vds. observarán la cara tumefacta, los rasgos modificados, o ven los miembros tumefactos y deformes, los tobillos espesados, desaparecen las arrugas y pliegues, el dorso de la mano está tumefacto. Tales formas de edemas son visibles. Pero hay otros que no se notan tan fácilmente. Encontrarán, por ejemplo, que ciertos cardíacos o renales se encuentran *edematizados* y lo revelan sólo por el aumento de su peso. En todo cardíaco o renal el aumento de peso, fuera de lo normal, debe sospecharse como causado por la acumulación de líquidos en el organismo. Los edemas pueden ser *generales*, o *locales*, o *parciales*, y se llaman *anasarca* cuando el edema aparece en todas las partes del organismo.

Hay que distinguir también si son *crónicos* o *agudos*.

Generalmente los edemas agudos son los inflamatorios, como los que, a raíz de un forúnculo, de una infección cualquiera, de un acné, aparecen en las regiones vecinas. Son además rojizos, dolorosos y febriles.

El edema crónico es duro, leñoso, y la piel a su nivel adquiere un tinte parduzco.

Para observar el edema en el párpado, lo tomarán entre

los dedos pulgar e índice, haciendo una ligera presión, que dejará marcada un pequeño hoyo.

El edema en el abdomen es fácil de distinguir por la sensación de ola que percibe una mano en un flanco, mientras en el otro flanco con la otra mano se da un golpe suave.

Para cerciorarse si hay edema en los miembros inferiores, comprímese con un dedo sobre una superficie ósea, en la tibia, por ejemplo, quedando una pequeña depresión característica.

Habría que considerar en primer lugar los *edemas por remora circulatorio*. Cualquiera alteración del corazón puede producir edemas que aparecerán en la parte declive del organismo. Las afecciones del pericardio, endocardio o miocardio, cuando producen edema lo hacen siempre evidente en las partes más declives.

El edema cardíaco es duro, rosado o violáceo, no febril.

Muchas afecciones de índole circulatorio, aun cuando no del corazón, pueden traer edemas; así en la flebitis (inflamación de una vena). Saben que por las venas se realiza la circulación de retorno de las regiones que sirven. De manera que una flebitis de una gruesa vena originará edemas en las regiones cuya sangre de retorno recoge, y esta rémora a la circulación venosa la pueden causar también los *trombus* y *embolias* venosas por la oclusión de la luz de la vena correspondiente.

Un edema especial, característico es lo que se llama la *flegmasia alba dolens,* que se observa sobre todo en el miembro inferior izquierdo y que aparece precediendo muchas veces por mucho tiempo a un tumor de las vías digestivas, etc. Es lo que se llama el signo de "Trousseau", el signo clásico que todo el mundo debe reconocer por el edema considerable, aparecido con una brusquedad grande y, por lo general, en el miembro inferior izquierdo. Indica con una anticipación

extraordinaria un cáncer de las vías digestivas o de otros órganos abdominales.

A veces aparecen edemas cuando en la sangre se alteran sus elementos figurados, es decir, los glóbulos; así se observan edemas, por la destrucción de los glóbulos rojos en las leucemias, las anemias, la clorosis, la linfofogranulomatosis.

Puede haber también edema, siempre que haya alteraciones del plasma sanguíneo, como ocurre muy frecuentemente en las diversas caquexias, caquexias cancerosas, palúdicas, sifilíticas; en la insuficiencia renal, etc.

En la insuficiencia renal se presentan diversos síndromas.

Hay individuos que retienen los cloruros, otros que retienen los cuerpos azoados, otros ambos principios. Al primer tipo se llama *hidropígena* o *clorurémica*. El segundo tipo es el *azoémico*. El tercero el mixto. Pues bien, es en los hidropígenos o clorurémicos, que se observa la aparición de edemas, considerándose que ellos aparecen en proporción de uno a dos litros de líquido por cada 10 gramos de cloruros que se retengan. Son blancos, translúcidos y generalmente aparecen por primera vez en los párpados por las mañanas. Luego poco a poco se van acumulando en las demás partes del organismo: miembros inferiores, abdomen, etc.

Los edemas inflamatorios son conocidos por todos: son agudos, febriles, dolorosos, rojos y rara vez deja de constatarse la existencia del punto inicial de la infección que los causa

En cuanto a los edemas angioneuróticos: son sumamente rápidos en su aparición o desaparición y guardan relación muy próxima con el sistema de inervación vascular y los fenómenos de la inmunidad, lo que los aparta en su estudio de la semiología.

CAPITULO VII

Examen de la boca, cráneo y ojos

Labios

Lo primero que deben examinar son los labios, teniendo que observar no solamente la cara anterior, sino la posterior, fijándose sobre todo en la coloración, pues aparecen a su nivel todas las coloraciones anormales de la piel, con mucha mayor nitidez que en la piel, sea la cianosis, la palidez, la rubicundez, etc.

Hay variaciones de tamaño de los labios, que son de orden patológico y que se deben conocer, por ejemplo: el labio superior de los sujetos que poseen un temperamento linfático.

El labio superior espesado es muy común que exista en los indivduos adenoideos y en los que tienen trastornos funcionales de la glándula tiroidea.

Por el contrario, el labio grueso inferior es un estigma degenerativo. Los labios tienen cierta armonía en su conjunto y hay una relación de medida entre el labio superior e inferior.

Los acromegálicos presentan macroquilia o sea un aumento del espesor de los labios.

Después hay que tener en cuenta una deformación que hasta cierto punto no deja de ser frecuente: la deformación del labio superior por la lepra. En nuestra país cunde la lepra cada año más. Las regiones en donde se encuentra sobre

todo es en el Chaco, Corrientes y Formosa. La lepra constituye hoy un peligro general en el país. Hay lugares de Corrientes en donde la lepra llega a un porcentaje muy elevado, aun cuando es cierto que se trata de pequeños poblados o caseríos.

De manera que no es extraño que tengan que considerar, en su práctica profesional, labios superiores con lesiones tuberosas de lepra.

Fuera de las placas deben conocer los gomas y los esclerogomas del período terciario de la lúes.

Otro tipo de lesión luética es la leucoplasia, bien descrita por Babinski. Las leucoplasias son manchas que asientan en el lado mucoso de las comisuras de los labios, o en los sitios en que se ejerce un traumatismo, como ocurre en los que fuman, en los sitios en donde roza la pipa; al nivel de los dientes cariados, etc.

Son zonas blancas opalinas, generalmente un poco espesas, que se podrían describir diciendo que semejan una gota de leche tendida sobre la superficie rosada de la mucosa. La leucoplasia a veces se ulcera, constituyendo el segundo grado descrito por Babinski, siendo el tercero la leucoplasia neoplásica, leucoplasia vulgar sobre la cual se ha injertado un epitelioma. La leucoplasia tiene un origen luético en el 95 % de los casos.

Las manchas de Koplick constituyen un signo de bastante valor diagnóstico. Son unas manchas blancuzcas que son propias del sarampión. Son ocho a diez manchas, a veces más, que aparecen en la cara interior de los carrillos.

Encías

Después de las ulceraciones de la mucosa lingual y de la boca, Vds. deben estudiar las encías.

Con cierta predilección las placas luéticas del período secundario aparecen en las encías.

Nos ocuparemos de las diversas estomatitis y las diversas gingivitis. La más importante es la estomatitis mercurial, casi siempre de origen terapéutico, pues la causa generalmente es el exceso de dosis de mercurio.

Hay estomatitis sumamente intensas: recordamos un caso que ha producido la muerte por gangrena de las fauces.

Las estomatitis en el primer momento se caracteriza por un aliento fétido; luego las mucosas gingivales se hacen espesas, se ponen violáceas y se recubren de un festón u orlas en la parte de la inserción dentaria, de color negruzco, verdoso. Comprimiéndolas dejan salir pus, fácilmente visible; el individuo tiene la lengua pastosa y frecuentemente no puede abrir la boca por el trismus que existe (contractura de los músculos maséteros).

El aliento es espantosamente fétido. El enfermo no puede alimentarse, se desnutre y acusa fenómenos de inanición. La estomatitis mercurial es sumamente seria. Se cura, hecho paradójico, con tópicos de soluciones mercuriales.

A veces aparecen herpes y también se producen eczemas comisurales, a causa de la irritación constante por la abundante saliva cargada de mercurio.

Entre otras estomatitis, felizmente mucho menos frecuentes, se podría citar la estomatitis por el plomo (saturnismo), caracterizada por síntomas semejantes a la mercurial, siendo, sin embargo, el festón azul o negro; y la estomatitis por el cobre, en la cual el color de los festones gingivales es verdoso.

Lengua

En los nerviosos tiembla la lengua como tiemblan las extremidades. Este nervosismo está en relación con la función exagerada de la glándula tiroidea con cierta frecuencia.

Pero fuera de los temblores de los nerviosos por ligero hipertiroidismo, hay también temblores intensos, como ocurre en la enfermedad de Basedow. Es algo más que hipertiroidis-

mo. Saben que coincide con un bocio grande, la prominencia de los ojos o exoftalmia; grandes sudores, taquicardia intensa, y sobre todo temblores de las extremidades y de la lengua.

Hay otro síndroma en el cual tiembla la lengua: es en la parálisis general, síndroma de gran importancia y que Vds. deben conocer. No hay parálisis general sin lúes previa.

La parálisis general es una enfermedad mental, que tiene una repercusión muy grande en todas las esferas de la actividad del sujeto. El estado mental se caracteriza por una excitación intensa y un delirio generalmente optimista y de grandezas. Presenta exaltación de los reflejos. Existen fenómenos pupilares, sea anisocoria, discoria o signo de Argill-Robertson. Se constata además disartria, o sea una dificultad grande para pronunciar ciertas palabras, en las cuales entran dos o tres consonantes, sobre todo la letra r. Como generalmente se recurre a frases difíciles de pronunciar y poco usuales, a fin de investigar la disartria, nosotros acostumbramos hacerles decir por ejemplo: *¡Qué ricos son los tallarines de la artillería!*, frase en la cual sólo entran palabras vulgares y que todos están capacitados para repetir.

En segundo lugar es raro no hallar en el paralítico general, las huellas de la lúes, que ustedes ya deben saber investigar.

La parálisis de la lengua es rara. En muchas hemiplegias encontrarán parálisis de la lengua o paresia lingual.

En el síndroma llamado parálisis del nervio gran hipogloso, una mitad de la lengua queda paralizada.

Deben conocer las leishmaniosis. Las hay de dos tipos: las leishmaniosis mucosas y las cutáneas.

Las cutáneas curan radicalmente y frecuentemente son estacionales. Las leishmaniosis mucosas son más rebeldes, más crónicas, generalmente son prolongadas y muchas no curan nunca y aun llegan a ser fatales.

Hay una cuestión muy interesante en las leishmaniosis respecto a la causa de la transmisión. Se afirma que la causa de transmisión de esta enfermedad es un mosquito, el flebó-

tomo, mosquito de tamaño pequeño. Los flebótomos, son tan pequeños que pasan los mosquiteros ordinarios, que pican con una gran facilidad y parecen tener una acción directa en la transmisión de la leishmaniosis. Parece que los flebótomos tienen una vida completamente activa durante una temporada del año y otro período de vida latente al estado de larva.

Fuera del período de vida que pasan en el interior del flebótomo adulto, parece ser que complementan su existencia, viviendo en el interior de ciertos reptiles (lagartos, yacares) durante el largo período invernal.

La lengua es una región de la anatomía a la que muchas enfermedades prestan signos de valor, y hay cierto número de síndromas en relación con ella. Los médicos antiguos, para dar su diagnóstico, antes que nada miraban la lengua y tomaban el pulso. La lengua, en efecto, nos revela el estado del sujeto, su resistencia orgánica, su vitalidad, en una palabra, el factor individual tan digno de tomarse en cuenta. Por ejemplo, la lengua saburral que acompaña a los diversos estados saburrales de las vías digestivas: sea estómago, intestino delgado o grueso.

La lengua saburral es bien conocida: ancha, pastosa, con una gruesa capa de saburra, con impresiones dentarias en sus bordes, y coincide con una astenia del sujeto y anorexia manifiesta.

La lengua saburral no revela ninguna enfermedad en particular, sino un estado patológico, común a muchos procesos del aparato digestivo.

Hoy en día, con tantos años de medicina, no se ha llegado a variar los elementos de pronóstico que proporciona la lengua en la tifoidea. La lengua tifoidea es característica: saburral en el centro, roja en sus bordes y la punta, cuando la tifoidea va evolucionado favorablemente. Cuando la tifoidea prosigue su evolución, la lengua oscura y seca, que se llama lengua "asada", denota una tifoidea grave. Cuando el cuadro es aún más grave, se observa la *lengua de loro*. Es una lengua sumamente áspera al tacto con el dedo, debido a las

vellosidades linguales, desecadas. La lengua de loro tiene su importancia; sobre todo cuando el sujeto presenta un vientre timpanizado, muy lleno de gases. Es un síndroma de mal pronóstico. De ahí la aseveración antigua: *lingua arida et timpanitis, signo mortis inminente.*

La lengua del baciloso es rosada, húmeda, sin impresiones dentarias, sin saburra, bien nítida. Coincide con una palidez del velo del paladar.

Todo individuo que tiene ligera temperatura por las tardes, que tiene la lengua rosada y húmeda y come con apetito, es un baciloso, decía Lasegue.

Ese aforismo clínico tiene un valor grande, aun hoy día.

Hay que estudiar también algunas otras bocas: las bocas ácidas, ciertas bocas ácidas de sujetos con su nutrición en decadencia; la boca ácida de muchos cancerosos o los tuberculosos llegados a su faz final, la de todos aquellos cuya vitalidad declinante permite la proliferación de una clase de hongos que se llama *oidium albicans o muguet*. Se revela el *muguet* como manchas blancas, semejantes a coágulos de leche, asentados sobre todo en la mitad posterior de la lengua.

Dientes

Ahora dos palabras para terminar sobre algunos detalles de los dientes.

En los dientes hay muchos trastornos, entre ellos los de la primera dentición; retardo o adelanto en la erupción de la primera dentición, que pueden estar relacionados con la lúes.

Hay aún otras causas de retardo de la primera dentición: el raquitismo, ciertos trastornos endocrineos, etc.

Otra anormalidad sería la de ciertos dientes de la primera dentición, que caen recién a edad avanzada.

Existen otros trastornos, por ejemplo, las variaciones de tamaño, lo que se llama el macrodontismo, el microdontismo, el anisodontismo.

Estos trastornos se han relacionado con la lúes, pero no es del todo exacto. Un individuo por tener dientes chicos o grandes o separados, no es un luético. Tales fenómenos semiológicos sólo deben considerarse como un signo y nada más, pero por un solo signo no vamos a establecer un diagnóstico. Debe tenérselos pues, como dato de un valor relativo. Pueden influir también la bacilosis y los trastornos endocrínicos para producirlos.

La aparición de los dientes con el signo de Gaucher, no es tampoco un dato característico de la lúes, es sí un dato de cierto valor, pero no es un signo absoluto de ninguna enfermedad y mucho menos de la lúes.

Tubérculo de Carabelli.— No tiene tampoco un valor absoluto. Ustedes ya lo conocen perfectamente: es un quinto apéndice que aparece en la primera molar superior de la segunda dentición.

Examen de las fáuces

El examen de las fauces puede hacerse por la inspección simple o con ayuda de instrumentos.

La inspección se efectúa haciendo abrir la boca y a veces usando también un bajalengua, o la compresión del carrillo entre las arcadas dentarias, etc. Ahora el examen instrumental se complementa con el examen del nasofarinx, que se hace con espejos especiales, pero no es del resorte de la semiología general.

En el examen de las fáuces hay que examinar unos cuantos hechos, que son interesantes del punto de vista médico y odontológico. Por ejemplo, los procesos que tienen su asiento en las amígdalas. Saben que las amígdalas se ven simplemente abriendo la boca. Se percibe el istmo de las fauces, la parte que se podría llamar la encrucijada entre la boca y las vías respiratorias y digestivas subyacentes.

El istmo de las fáuces se compone de dos arcos, que son los arcos amigdalianos, entre los cuales pende la úvula. Ahora estos dos arcos, los arcos amigdalianos, son cada una de ellos, como dos ojivas, una anterior y otra posterior, entre las cuales hacen eminencia las amígdalas. Estas son formaciones ganglionares que tienen una gran importancia.

Las amígdalas no deben hacer mayor saliencia sobre el borde libre de las arcadas amigdalianas.

Las amígdalas normalmente tienen una superficie ligeramente granulosa; son ovalares, con un eje de arriba hacia abajo y de adelante atrás. La mucosa es rosada, como es rosada la de la boca y a su nivel tienen a veces asiento, procesos de importancia, y entre ellos las inflamaciones de las amígdalas o amigdalitis, o, como se dice vulgarmente, las anginas.

Las amigdalitis son crónicas y agudas. Tendremos que hacer, pues, en primer lugar, una clasificación de procesos agudos y procesos crónicos.

Entre las agudas, una de las más difundida es la catarral, más frecuente en invierno, en las épocas húmedas y en la primavera.

Las anginas simples o catarrales se caracterizan por la inflamación de las amígdalas, que se hacen más salientes, que habitualmente y a veces se acompañan de cierto dolor en el ángulo del maxilar, dolor que corresponde a un ganglio linfático, ganglio que es el parotídeo, pero que puede ser el submaxilar.

La angina catarral simple trae, pues, una amígdala roja, dolorosa, tumefacta, con un poco de secreción, que tiende a ser puriforme a veces y con fenómenos más o menos extensos en nariz y arcadas bucales, así como mayor o menor repercusión general: caimiento, fiebre, falta de apetito, cefalalgia, etc.

La angina catarral es el proceso más simple, más banal que pueda existir al nivel de las amígdalas.

De acuerdo con el aspecto exterior se ha clasificado las anginas en tipos diversos. El primero es el eritematoso o catarral simple. Hay también formas ulcerosas y procesos seu-

domembranosos, según que las amígdalas estén recubiertas de pequeñas membranas que son a modo de "pellejitos" blancos.

Después existen también las anginas flemonosas, todo esto ateniéndose a que se haga el diagnóstico de acuerdo con su aspecto exterior.

Pero en la práctica esa clasificación es insuficiente: la clasificación debe hacerse bacteriológicamente. Consideradas bacteriológicamente, se hará, de acuerdo con el resultado del análisis, tratamientos adecuados. En efecto, a un aspecto clínico dado, pueden corresponder diversos gérmenes causales y viceversa, un germen dado, por ejemplo: el de la difteria, puede originar procesos de muy diverso tipo clínico o exterior.

Las anginas pueden presentar un aspecto banal y ser, sin embargo, diftéricas, y, por lo contrario, otras sin importancia presentar un aspecto pseudomembranoso. Un proceso ulceroso en las amígdalas puede ser un chancro de la sífilis. Lo importante es hacer, pues, un diagnóstico bacteriológico cuando se trata de casos no bien francos.

Otro tipo de angina es el que podríamos llamar la angina críptica, en el cual las amígdalas están rojas, tumefactas y sembradas de puntos amarillentos, debido a la acumulación de cantidades de pus en las criptas de las amígdalas. La mucosa que reviste la angina, como saben, no es lisa sino que tiene senos a criptas, y es allí que el pus se acumula en estos procesos llamados anginas crípticas.

Es un tipo más avanzado que la angina catarral simple.

Es casi de rigor la adenopatía siendo el ganglio afectado, el submaxilar o parotídeo, y los fenómenos generales son constantes y acentuados.

La flemonosa puede iniciarse como cualquiera de estas anginas que acabamos de describir. La temperatura es más elevada, el nasofarinx afectado, las amígdalas infartadas y rojas, sumamente dolorosas, y uno o más ganglios infartados en el cuello completan el cuadro. Al examen se encuentra que las amígdalas presentan, en ciertas partes, una traslucidez

amarillenta de su mucosa, porque hay pus debajo de ella. Comprimiendo con un instrumento cualquiera la amígdala, sale una cantidad mayor o menor de pus, que da un olor repugnante al aliento del enfermo. Esta es la que se llama amigdalitis flemonosa. Existe otra forma en la cual el pus está coleccionado en la parte periférica de las amígdalas: es lo que se llama angina flemonosa periamigdalina. Paseando un estilete curvo alrededor de la amígdala, se hace salir pus abundante con toda facilidad.

Después de este tipo de angina purulenta, hay que distinguir clínicamente las anginas ulcerosas. En la forma de angina ulcerosa hay una que corresponde a la difteria; es un tipo ulceroso y seudomembranoso, a la vez. Encontrarán el exudado qué, desprendido, deja al descubierto una superficie que sangra con bastante facilidad.

Otra de las formas ulcerosas, muy importantes, es la angina de Vincent, tipo descrito con minuciosidad hace unos quince años, como una entidad mórbida, bastante seria, del istmo de las fauces. Sin ambargo, en estos últimos años ha sido encarado en diversa forma. Las anginas de Vincent son muchas veces chancros de las amígdalas, chancros sifilíticos de las amígdalas. La amígdala está muy roja, con tinte violáceo y dolorosa, y en su centro presenta una gran ulceración, profunda, que tiene hasta dos o tres milímetros de profundidad.

Esa ulceración es muy acentuada; deja salir un pus algo sanguinolento, fétido, abundante; existe un gran ganglio submaxilar o parotídeo y tiene el sujeto todos los fenómenos de una infección intensa. En estas anginas bacteriológicamente se encuentran diversos gérmenes: el bacilo y el espirilo de Vincent, pero, además, entre esos gérmenes se ha encontrado el treponema de Schaudinn con cierta frecuencia.

Hemos tenido la oportunidad de estudiar tres enfermos con angina de Vincent, que resultaron ser chancros sifilíticos de la amígdala. Es una cuestión bastante interesante, por lo tanto.

La angina de Vincent debemos conocerla con bastante precisión y un buen dato de que esta lesión a veces es simplemente un chancro sifilítico, es que desaparece ante la acción terapéutica del neosalvarsan.

Otro tipo de angina es el seudomembranosa siendo la diftérica la más importante; angina que todos deben conocer con precisión, por las consecuencias graves que un error de diagnóstico podría acarrear.

En las anginas seudomembranosas, a la par que una inflamación de las amígdalas, se encuentra un exudado que toma el carácter de una membrana, como un "pellejito"; parece una costra y esta costra se separa de la superficie mucosa y ésta sangra a veces.

Muy comúnmente la angina diftérica en sus comienzos tiene un exudado, y desprendido éste, no sangra la mucosa, pero eso no es sino una regla con numerosas excepciones.

La angina diftérica se acompaña de un gran ganglio submaxilar y los fenómenos infecciosos son evidentes, gran fiebre, decaimiento, taquicardia, palidez, etc.

Deben estar alerta cuando sospechen la existencia de anginas diftéricas, porque las consecuencias de un error o de una vacilación son serias, y si se toman las medidas con retardo, pueden ser muy desgraciadas en sus efectos. Por ejemplo, no evitarse un crup diftérico o la muerte del enfermo, todo lo cual hoy en día es inexcusable.

En las anginas seudomembranosas es, pues, de regla practicar un examen bacteriológico.

Entre las anginas crónicas, hay una que les va a interesar: la crónica catarral. Los individuos que la tienen, acusan frecuentes trastornos en su nasofarinx; muy frecuentemente el individuo "hema" escupe con frecuencia, aspirando previamente el contenido del nasofarinx; generalmente su oído no es muy perfecto y tiene trastornos diversos, que localiza en el nasofarinx. Este estado del nasofarinx influye sobre el estado mental. Estos individuos son sumamente observadores de lo que pasa o sienten en su garganta; toman pre-

cauciones excesivas para su ligera dolencia. La nutrición es frecuentemente deficiente. Son neurópatas y con una estructura órganica poco vigorosa.

Otros procesos crónicos del nasofarinx son la hipertrofia de las amígdalas y las vegetaciones adenoideas.

La hipertrofia de las amígdalas es un proceso que tiene una evolución crónica; aparece acompañado de vegetaciones adenoideas, pero no es la regla.

El criterio que debe tenerse para apreciar si existe o no una hipertrofia de amígdalas, es considerar los pilares anterior y posterior del lado correspondiente. Cuando la amígdalas hace saliencia de esos pilares, puede decirse que hay una hipertrofia más o menos grande. Aparece en la gente joven de 10 a 15 años hasta 25. En la edad adulta es mucho más raro.

Lo que les interesa también conocer son las vegetaciones adenoideas y lo que se llama el síndroma adenoide, que está en relación con la hipertrofia crónica de amígdalas y la producción de vegetaciones.

Para cerciorarse si un paciente tiene vegetaciones adenoideas, no hay que recurrir a la inspección, porque eso les da muy pocos datos (a menos que sea instrumental, lo que no es del resorte de la semiología general), sino a la palpación. Mientras al enfermo sentado se le mantiene sujeto con una mano, y apoya su cabeza sobre el cuerpo del médico, se le introtroduce el dedo índice de la otra en la boca, con la pulpa hacia arriba, de manera que palpe el techo del nasofarinx. La superficie, en lugar de ser lisa, es irregular y abullonada. Ahora cuando existen masas de vegetaciones adenoideas, es muy frecuente que se constituya el síndroma adenoideo. En estos casos sucede que los padres o la familia del chicos puedan no haberse dado cuenta que exista tal producción adenoidea. ¿Qué síntomas constituyen ese síndroma?

El sujeto tiene una precaria inteligencia y mentalidad. Físicamente se exteriorizan trastornos en el crecimiento, pues

muchas veces son individuos largos de estatura, debido al crecimiento algo exagerado de sus huesos largos. Tienen siempre propensión a resfríos, como que la respiración por la nariz es difícil o imposible, de ahí que respiren por la boca. Los labios están secos y la lengua saburral. La nariz es poco desarrollada. Mantienen la boca entreabierta; de manera que es un signo bastante positivo de vegetaciones adenoideas el que los chicos respiren con la boca abierta. El labio superior está espesado; tienen una expresión bastante acentuada de tontos, de individuos tardíos; abobados en una palabra.

Por otra parte, existen detalles que difícilmente podrán haber pasado desapercibidos a los padres: el individuo ronca de noche, tiene pesadillas. Muchas veces se orina en la cama. De manera que es un asunto digno de considerarse hasta por la ulterioridad del sujeto. Son individus que no tienen tendencia a adelantar en sus ocupaciones, son apáticos, poco entusiastas en sus cosas y en la esfera genital se desarrollan como individuos fríos. Debe tenerse todo esto en cuenta para obviar con una terapéutica radical a estos serios inconvenientes, que si no se eliminan antes de la pubertad, colocarán al sujeto en condiciones deficientes, en todos los terrenos de su futura actividad y harán de él un individuo poco útil dentro de la comunidad.

Deformaciones del paladar

Estas deformaciones del paladar óseo deben interesarles mucho: por ejemplo, el paladar ojival, el qué, en lugar de ser plano y ancho, es estrecho por la concavidad hacia abajo que presenta. La concavidad tiene un aspecto de ojiva, de catedral gótica.

El paladar óseo puede ser ojival, como hemos dicho, y se encuentra en muy diversas circunstancias. Muy comúnmente, individuos sin grandes estigmas físicos, pueden tener un paladar ojival. Frecuentemente el paladar ojival acom-

paña a todos los estigmas degenerativos. Es común entre los estigmas degenerativos de los epilépticos, cuyos estigmas mentales no son de nuestro resorte.

Existen paladares con fisuras, es decir, casos en los que la soldadura que se produce en la época concepcional, no se ha realizado normalmente, en el velo palatino, y esta falta de soldadura puede ser más o menos acentuada.

Limitado al paladar blando, a veces; otras llegando al paladar óseo, puede extenderse también a la arcada dentaria y aun acompañarse por la falta de soldadura en el labio. Esa fisura del velo palatino dificultará la articulación de la palabra y la ingestión de alimentos según su extensión.

Las fisuras del paladar parciales o totales se deben a la sífilis concepcional. Para salvar ese defecto habrá que combinar muchas veces el tratamiento medicamentoso, con el quirúrgico y el ortopédico.

Alteraciones del cráneo

No entraremos en grandes detalles. Cuando el tamaño del cráneo está exagerado, se dice que hay macrocefalia, y cuando su tamaño es reducido: microcefalia.

La macrocefalia puede ser congénita o adquirida. La congénita va generalmente acompañada de falta de soldadura de las fontanelas craneanas. Estas fontanelas a los 14 meses se sueldan; a veces se retardan y coinciden estos retardos de las soldaduras de las fontanelas con el síndroma de la macrocefalia, caracterizada por el aumento de todos los diámetros del cráneo. Generalmente va asociada a estigmas de la heredolúes, como que la macrocefalia es causada por la lúes concepcional. La frente se aboveda a cada lado de la línea mediana; va acompañada por la nariz en ‘‘silla de montar‘‘, que es una nariz bien característica; como si le hubieran dado un golpe de hacha hacia su base. Es característica y se encuentra

también en la sífilis terciaria. Todo goma del tabique o todo goma del hueso propio de la nariz puede traer esta deformación al destruir lo que sirve de basamento a la nariz.

Ojos

En los ojos se puede notar: el tinte ictérico en la conjuntiva y los edemas de los párpados, con toda facilidad.

El iris constituye una especie de diafragma, que tiene diversos colores: en unos es negro, en otros castaños, en otros azules, etc., pero la pupila es de igual diámetro en ambos ojos. Sin embargo, puede existir una diferencia entre ambas pupilas y también otras alteraciones. La anisocoria significa pupilas desiguales; la discoria, pupila deformada. La discoria y la anisocoria guardan cierta relación de efecto a causa con la sífilis, salvo, naturalmente, cuando otras causas pueden originarlas: vicios de refracción o alteraciones orgánicas o funcionales de los nervios vago o simpático.

Reflejos a la acomodación y pupilares. — El reflejo a la luz se estudia en esta forma: acércase en un cuarto oscuro una luz a un ojo y a otro sucesivamente, y se observa si se contrae o no la pupila. El ojo no observado debe estar tapado, o cerrado para evitar el reflejo consensual. El reflejo a la acomodación se comprueba haciendo ver al sujeto un objeto cercano y luego otro lejano, y observando si la pupila se contrae o se dilata. Cuando mira lejos, la pupila se dilata y se contrae al mirar cerca. Normalmente deben existir estos reflejos.

Sinequias del iris. Muy frecuentemente encuéntrase el iris soldado al cristalino, que por detrás del iris está colocado. De manera que si colocado nota el borde del iris adherido al cristalino, concluírase que se trata de una sinequia del cristalino con el iris. Son muy fáciles de constatar. Estas sinequias si no son traumáticas, generalmente son sifilíticas. Frecuente-

mente también encuéntrase que el cristalino, en vez de ser transparente, tiene un aspecto blancuzco y opaco, que es lo que constituye las cataratas, ya seniles o de orden tóxico, como ocurre en la diabetes.

Reflejos córneos y conjuntival. — Son puntos de reparo en las diversas anestesias de orden quirúrgico. Una anestesia es total cuando desaparece el reflejo córneo. De ahí que cuando ese reflejo no existe, la anestesia es profunda y total, y se llega por lo tanto al límite de la zona de peligro.

También débese considerar la sensibilidad de los ojos en el tabes.

Normalmente si se comprime un ojo duele, como duele la compresión de un testículo o de un ovario. Es lo que se llama la sensibilidad visceral. Y si se constata la anestesia del ojo en un sujeto, siempre debe pensarse en el tabes, afección en la cual la anestesia visceral es un síntoma sumamente frecuente.



CAPITULO VIII

Aparato respiratorio

Al considerar el aparato respiratorio y los síndromas que tienen que ver con él, lo primero que debe hacerse es estudiar el tórax, adquiriendo una noción general sobre el mismo. Se compone de dos mitades o hemitórax. Existe una pared anterior, una pared posterior, dos laterales o axilares. Se considera el tórax, pues, como una figura de cuatro lados: anterior, posterior y laterales.

En la pared anterior se distinguen varias líneas que son las que sirven para delimitar las regiones.

La línea *mediana* común a ambos hemitorax y que los separa.

La línea *esternal* es la línea que limita el borde externo del esternón. Hueso mediano que se articula con la clavícula y que sirve de articulación a los cartílagos costales.

Después tenemos una línea que se llama para-esternal, equidistante de esternón y mamelón por el cual pasa la línea mamaria.

En la pared lateral hay tres líneas: la línea *axilar posterior*, que se obtiene haciendo plegar el miembro superior contra el tórax, y trazándola vertical, detrás del músculo gran pectoral. La *axilar posterior* que pasa, también verticalmente, delante del músculo gran dorsal.

Y, en fin, la *línea media* que divide la axila en dos partes iguales.

Por detrás la línea *escapular*, que pasa por borde interno de la escápula, y luego la línea *vertebral o mediana*.

El tórax del hombre tiende a ser aplanado.

En la mujer todas las formas son redondeadas. Tanto en el hombre como en la mujer hay diversas fosas y diversos accidentes, que es importante conocer.

La clavícula, por lo pronto, en la cara anterior marca varias fosas:: la fosa supraclavicular e infraclavicular, por arriba y por debajo de ella.

En la pared lateral no se describen, pues no existen zonas especiales.

En la parte posterior hay unas cuantas zonas muy importantes. Por lo pronto la región llamada inter-escapular, que, como su nombre lo indica, se extiende desde la escápula de un lado hacia la del otro, subdividida en región inter-escápulo vertebral izquierda y derecha. Por arriba de la escápula existe la región supra-escapular. Sobre la escápula misma se marcan dos porciones que limitan entre ellas una saliencia, la espina del omóplato. Por arriba de esa espina está la región supra-espinosa, en donde muchas lesiones tuberculosas pasan desapercibidas por el espesor de los músculos. Debajo de la espina está la región infra-espinosa.

Débese, además, tener una noción sobre lo que son los órganos respiratorios. Tienen una función muy importante: la oxigenación de la sangre y al mismo tiempo contribuyen a la regulación de la temperatura.

La más importante función que tienen, sin embargo, es la hematosis. La sangre sale del corazón de su ventrículo derecho por la arteria pulmonar; de allí va a los pulmones. Esa arteria se ramifica en infinidad de ramas que rodean a todos los alveolos pulmonares, y a su nivel se ponen en contacto con el aire, la sangre se carga de oxígeno y vuelve al corazón a la aurícula izquierda por las venas pulmonares, las que, a su vez, llevan sangre pura. Vuelve al corazón y del corazón es desparramada a todo el organismo, siendo lanzada por el ventrículo izquierdo en cada sístole, a través de la arteria aorta.

Luego es recogida en todo el organismo por las venas y traída a la auríada derecha de donde pasa al ventrículo derecho y recomienza el ciclo.

Los pulmones son órganos esponjosos, situados cada uno en una mital del tórax. El derecho está dividido en tres lóbulos y el izquierdo en dos.

El pulmón está revestido de una membrana que se llama pleura; membrana serosa que tiene dos hojas: una reviste por dentro el tórax y otra reviste completamente al pulmón; el roce entre ambas es suave y delicado.

Continúa al nasofarinx la laringe y después la tráquea; ésta se divide en dos gruesas ramas, los bronquios, y a su vez se dividen éstos en infinidad de ramas. En última instancia están las ramificaciones bronquiales, a las cuales continúan los alveolos.

De manera que se pone en contacto la sangre impura que traen las arterias pulmonares con el aire externo que viene por las vías respiratorias.

Existe una cantidad de síntomas que son importantísimos relacionados con la semiología respiratoria.

Débese considerar, en primer lugar, ciertos tipos de anomalías torácicas y entre ellos el tórax del individuo baciloso, no porque sea tuberculoso, sino del predispuesto por tener un mal terreno orgánico.

El tórax del tuberculoso es el tórax llamado en expiración permanente. Tórax aplastado, tórax echado hácia adelante, tórax con la escápula alada. Un tórax de fosas bien deprimidas, que da al sujeto un aspecto bien característico. Diámetro ántero-posterior sumamente pequeño, diámetro transverso bastante mayor que el ántero-posterior.

El tórax paralítico del predispuesto a la bacilosis es un tórax, pues, de diámetro ántero-posterior pequeño, de depresiones bien acentuadas, huesos bien marcados, por el escaso panículo adiposo, escasa la musculatura y coincide con el tórax que describimos, el que el sujeto es hipertricósico, de pestañas

grandes, de mirada expresiva, su pulso es taquicárdico, hipotenso, etc., etc.

Por oposición a los individuos predispuestos, que no por ser predispuestos son bacilosos, se encuentra un tórax en el cual todos los diámetros están aumentados, los huesos no se notan y el sujeto está en inspiración, el tórax enfisematoso, opuesto al tórax que acabamos de describir.

Fuera de la forma hay que estudiar en el tórax ciertas anomalías en la respiración. Por ejemplo: hay que saber, que los individuos respiran con mayor frecuencia, cuanto más jóvenes son. Cuando el individuo avanza en edad, la respiración es gradualmente menos frecuente.

El hombre y la mujer no respiran según un tipo igual. la mujer respira con el tórax. En el hombre el tórax no se desplaza durante la respiración, lo que se desplaza es el abdomen; funcionan sobre todo los músculos abdominales.

Hay en las mujeres y en el hombre tipos respiratorios intermedios: es decir: en el hombre existe a veces el tipo torácico inferior y en la mujer es algo abdominal.

Verán que muchas veces la función respiratoria presenta una alteración del tipo respiratorio.

A veces observarán: un tipo anormal debido a uno de estos mecanismos: o porque el tipo que se adopta es una exageración del ritmo normal en sí mismo, o hay una inversión en el tipo respiratorio. El hombre adopta el tipo normal exagerado, siempre que tiene una afección dolorosa en el tórax. El individuo forzará su respiración con los músculos abdominales. Así se origina el tipo exagerado abdominal. Traumatismos de cualquier especie, osteitis, periostitis sifilíticas de las costillas, pleuresias, etc., cualquiera que sea el proceso toráeico doloroso en el hombre, traerá una exacerbación de tipo normal abdominal, sobre todo si la afección torácica que se considera es dolorosa en exceso.

Por el contrario, en la mujer, cualquier afección dolorosa abdominal traerá la acentuación del tipo toráeico en ella.

Por el contrario, una afección torácica dolorosa de la mujer

originará el tipo inverso: la mujer respirará con el abdomen, y en el hombre el tipo inverso torácico será ocasionado por las afecciones dolorosas abdominales.

Ahora debemos estudiar lo que se llama ritmo respiratorio.

El individuo comienza a respirar por la inspiración, parte de la misma. A ella sigue la expiración, más pasiva, que tiene por objeto eliminar el aire viciado.

También hay una cierta pausa en la respiración, que se llama apnea, muy ligera y breve y que se continúa con el nuevo ciclo respiratorio.

El ritmo de Cheyne-Stokes se constituye cuando existen faces de apnea, que alternan con períodos de disnea gradualmente decreciente. Este ritmo de valor pronóstico siempre serio, aun no tanto como hace 20 años, se lo encuentra en muchos casos de mala depuración renal, en el coma urémico, coma diabético, en la intoxicación morfínica, etc.

Otro tipo de ritmo respiratorio es el meningítico, caracterizado por apneas y disneas que se suceden alternativamente con toda brusquedad.

Después de estos tipos de respiración, estudiaremos lo que se llama disnea, el gran síndroma que tiene una importancia capital en el estudio de las afecciones respiratorias.

La disnea es el gran síndroma respiratorio. Hay que distinguir entre disnea y lo que se llama polipnea, la que significa respiración de gran frecuencia, ni más ni menos que la hipertermia significa temperatura alta, pero no es igual que fiebre. Un individuo tiene hipertermia y, sin embargo, puede no tener fiebre, y así hay individuos que tienen polipnea y, sin embargo, no tienen disnea. Disnea significa aumento de respiración, pero, al mismo tiempo, dificultad respiratoria, dificultad para la hematosis.

La disnea implica, por lo tanto, dificultad para la respiración y trastornos en la hematosis. Por lo tanto, la disnea no solamente, por lo general, es un fenómeno objetivo, sino que es sobre todo un fenómeno subjetivo, es decir, que el enfermo percibe claramente.

La disnea aparece a veces a raíz de cualquier esfuerzo. Otras veces la disnea aparece espontáneamente sin una causa apreciable a primera vista.

Hay una forma de apreciar la capacidad respiratoria, método banal sobre el que ha insistido Mackenzie. Es un método simple, pero suficiente para apreciar la función del pulmón y el corazón, en lo que se refiere a su perfecta correlación en la hematosis. Es una prueba funcional digna de aconsejarse en la práctica. Consiste en hacer suspender la respiración después de tres o cuatro inspiraciones profundas, y ver si tal esfuerzo ocasiona una disnea más o menos acentuada al sujeto.

La disnea aparece ligada siempre a un trastorno más o menos grave o durable de la función de la hematosis.

En la disnea hay que considerar infinidad de casos.

Hay disneas sumamente intensas en las que el sujeto no puede desplazarse del sitio donde se encuentra.

Cuando se ve un individuo con disnea, que hace funcionar todos los músculos normales de la respiración, simplemente el sujeto tiene disnea. Cuando un individuo disnéico hace funcionar músculos supletorios, como los músculos del cuello, el gran pectoral, el gran dorsal, los que durante la función respiratoria normal no funcionan, ese sujeto presenta disnea objetiva.

Muy frecuentemente se observa que el individuo adopta la posición ortopneica: se apoya con sus manos en cualquier barrote de la cama, echa su toráx hacia adelante, de manera que sus brazos sirvan de apoyo a esos músculos de que hemos hablado, para lograr una mayor función respiratoria y a veces se ve que otros músculos del cuello tironean ayudando a desplazar el tórax.

La disnea significa, pues, un trastorno de la hematosis.

Casi siempre que se constata disnea se constata cianosis, pues casi no hay disnea sin cianosis.

La disnea la producirán todas las afecciones del aparato respiratorio. Fuera de eso se presenta la disnea en casos en los cuales no figura el aparato respiratorio sino secundariamente.

Todas las afecciones cardíacas y aórticas son susceptibles de traer disnea. Traen disneas angustiosas sumamente intensas, por ejemplo, los aneurismas de la aorta.

Cualquiera afección congénita trae disnea cuando llegan a la insuficiencia funcional del corazón.

Aparece en todas las afecciones del aparato respiratorio, sobre todo las afecciones de la pleura y del pulmón.

Es muy frecuente en las pleuresías secas. Es frecuente la disnea en la acumulación de líquido o de gases en la pleura. En el hidroneumotórax, en las diversas pleuresías, en el hemitórax, en el neumotórax, la disnea es la regla.

Todos los procesos pleurales producidos con cierta instantaneidad traen disnea, y así los traumatismos ocasionan a veces una enorme disnea, como ocurre en las fracturas de las costillas que desgarran la pleura, en las heridas perforantes de tórax.

La acumulación de sangre determinada por estas causas, etc., origina disnea.

La disnea en todo tuberculoso pulmonar es un signo de gran valor diagnóstico, ni más ni menos que la cianosis, ya que la cianosis marcha a la par de la disnea.

En la tuberculosis pulmonar, la disnea agrega un elemento de mal pronóstico porque está diciendo que el proceso infeccioso va reduciendo la capacidad funcional del pulmón.

En general, un proceso que reduce la superficie respiratoria, produce disnea en proporción directa a ello.

Hay un tipo de lesión tuberculosa en el cual la disnea tiene un valor primordial. Son las tuberculosis miliares, esas tuberculosis agudas en las cuales un semillero de granulaciones tuberculosas reduce la capacidad pulmonar a términos extremos, siendo la sintomatología restante muy escueta, casi nula.

Las afecciones bronquiales traen raramente disnea, salvo cuando se trata de cuerpos extraños, o cuando el acúmulo de secreción o la reducción de la luz de los bronquios, por espasmos de los mismos, dificultan la libre aereación de los pulmones.

La disnea está, pues, en relación con las afecciones de la pleura y del pulmón, así como con las afecciones de la aorta y

corazón o aparato circulatorio, y siempre por el mecanismo de la dificultad que origina a la hematosis.

Se ocasiona también disnea cuando, estando normales estos órganos, dificultan la hematosis causas alejadas: la acumulación de gases en el intestino, la producción de tumores en el abdomen. Mecánicamente dificultan la respiración y por ese mecanismo indirecto traen disnea.

Existe otra causa sumamente importante de disnea y es el grupo de las intoxicaciones, sean de origen externo, como ocurre con el óxido de carbono y todos los gases asfixiantes, sean de origen interno, como pasa en la retención de materias azoadas en el organismo por insuficiente depuración renal, en la acidosis, la diabetes, etc.

Hay otros síntomas que tienen importancia capital en la semiología respiratoria; el dolor en el tórax, la tos y ciertas clases de expectoraciones.

Desde épocas muy antiguas se daba gran valor a la llamada puntada de costado, sobre todo en relación con procesos inflamatorios del pulmón, por ejemplo: en la neumonia fibrinosa.

La puntada al costado aparece generalmente del mismo lado que el sitio enfermo. Pero no siempre es así y hay anomalías, y la más curiosa de ellas es la puntada de costado del lado opuesto al pulmón enfermo.

Es común en los niños que la puntada no aparezca en el tórax, sino en el abdomen, siendo frecuente constatar un punto doloroso apendicular, siendo en realidad el pulmón el sitio atacado.

La neumonia es, por ejemplo, izquierda o derecha, y ellos localizan, sin embargo, su dolor a la altura del apéndice; más de una vez estos niños han sido intervenidos, creyéndose que se trataba de apéndices inflamados.

En los viejos los puntos dolorosos son más tardíos en aparecer, y mucho menos constantes que en los jóvenes y generalmente carecen del carácter intenso y definido con que en éstos se revelan.

No supongan, sin embargo, que un individuo no puede tener el cuadro de la neumonia cuando falta la puntada clásica.

La puntada de costado característica es muy distinta a los dolores de las diversas neuralgias, muy distinta a los dolores musculares reumáticos que abarcan zonas difusas e irregulares generalmente extensas.

La puntada de costado aparece tanto más tardíamente cuanto más viejo es el sujeto, o más central es el sitio afectado por el proceso que se considera. En estos casos, a medida que el proceso tiende a hacerse más exterior, va apareciendo con más nitidez la puntada de costado.

La puntada de la pleuresía no es tan delimitada como en la neumonia. Es más difusa, tiene una distribución más irregular y no pasa como en la neumonia, en que tiende a exteriorizarse en la cara anterior del tórax. Es, generalmente, hacia atrás y hacia la axila que duele el tórax en los pleuríticos.

La tos

La tos es un síntoma sumamente importante, porque acompaña a casi todas las afecciones de las pleuras y del pulmón. La tos tiene caracteres distintos y puede ser muy leve o muy intensa.

La tos es tan ligera en ciertos casos, que es sólo una pequeña incomodidad.

La tos es un golpe expiratorio brusco por el cual tiende a defenderse el organismo, eliminando excreciones o cuerpos extraños que se encuentran en las vías respiratorias. Es un reflejo defensivo del aparato respiratorio.

Debemos considerar en primer lugar que la tos puede ir acompañada o no de expectoración, es decir la tos seca y la tos húmeda.

La tos seca es aquella en la que no se expectora y debe hacer pensar en las afecciones de la pleura; sobre todo si se acompaña de fenómenos dolorosos en el tórax.

Las toses que se acompañan de expectoración son las más importantes prácticamente.

Ocurre en los tuberculosos, a veces, que en lugar de ser un golpe de tos son muchos, uno sobre otro, constituyendo lo que se llaman *quintas*, que se suceden rápidamente.

La tos quintosa es un signo de gran valor en el diagnóstico de la bacilosis pulmonar.

Las toses con expectoración varían. Existe una tos que deben conocer, desde el punto de vista familiar, y desde el punto de la higiene social, pues conviene difundir nociones de profilaxis: la tos coqueluchosa. La tos coqueluchosa es característica, y la han de conocer por referencias o por haberla observado; es una tos en la cual existen quintas expiratorias intensas que cianosan al sujeto, y lo ponen sudoroso, y con la cara congestionada, así como la conjuntiva que se inyecta, y después de estos cuatro y cinco golpes expiratorios, el individuo hace la "reprise", es decir, una faz larga, inspiratoria y sibilante, bien conocida; la tos ferina. Luego escupe mucosidades filantes, semejantes a la albúmina del huevo.

La tos llamada coqueluchoìde es parecida a la tos coqueluchosa en los golpes respiratorios, breves, secos, uno trás de otro, pero que carecen de la "reprise", es decir, no tienen esa sibilancia característica de la tos convulsa, que termina el acceso coqueluchoso. La tos coqueluchoide aparece en los procesos mediastinales, es decir, que tienen su asiento en la región del mediastino, en el cual está incluído el corazón, aorta y un sistema grande de nervios, el simpático y el vago, esófago y tráquea.

Los procesos mediastinales traen casi en general tos coqueluchoide: cadenas de ganglios tuberculosos en el mediastino, aneurismas de la aorta, abscesos del mediastino, abscesos fríos, tumores, etc., la originan.

Hay otros tipos de tos que es necesario conocer del punto de vista del diagnóstico y por las medidas de profilaxis que pueden difundir Vds., en el ambiente en que actúen.

La tuberculosis laríngea origina una tos como de *perro*,

tos seca, se enronquece desde un principios, y luego llega a ser una tos permanente seca, sorda, apagada, característica y que debe ser tenida en cuenta por todos los peligros que entraña para los que rodean al enfermo.

La tos emetizante aparece en las faces avanzadas de la tuberculosis pulmonar, sobre todo cuando llega el individuo a la produceción de cavernas. Entonces, a raíz de la ingestión de alimentos, elimina todo lo que ha acabado de digerir. El sujeto se desnutre porque no puede asimilar lo que ingiere, de ahí que sigue su proceso catabólico progresivamente.

Un tipo de tos importante es la que se acompaña de la expulsión de sangre, lo que se llama hemoptisis.

La expectoración es a veces tan pequeña, que se reduce a "un hilito" o unas cuantas "pintitas", o unas cuantas manchas de sangre; otras veces es tan abundante, que se elimina medio litro y otras veces son tan abundantes que son fulminantes y terminan con la vida del sujeto.

La hemoptisis no se confunde con la epistaxis, porque la epistaxis se debe a una hemorragia nasal, pero a veces refluye hacia la boca y luego expulsada mediante golpes de tos, parecería una hemoptisis.

La hemoptisis es raro que no se acompañe de tos.

El individuo elimina sangre roja, rojo vivo. No acusa fenómenos gástricos, y si los tiene no son muy acentuados. Frecuentemente presenta una sintomatología pulmonar.

En las hematemesis se elimina sangre que proviene del estómago y a veces del duodeno. La sangre es negra, parduzca como que está semidigerida por el jugo gástrico. No se acompaña de tos. No es la sangre de color vivo, espumosa, como ocurre en la hemoptisis, en la cual la sangre va mezclada con aire.

El valor clínico de la hemoptisis es grande.

El concepto vulgar es el de que no se puede escupir sangre sin ser baciloso. En efecto, es muy común que los individuos en el comienzo de la bacilosis tengan pequeñas expectoraciones con sangre, que son a las que se han llamado las hemoptisis

salvadoras, porque al enfermo le hace consultar en seguida al médico.

Después, cuando el proceso avanza y se producen ulceraciones y luego cavernas dentro del pulmón, a medida que el proceso sigue su obra destructiva, se producen hemoptisis que siempre van mezcladas a la expectoración más o menos íntimamente; ya no es la hemoptisis como en un comienzo de sangre pura.

Cuando se llega a la etapa última, el pulmón está disecado por las grandes cavernas y en ellas los vasos pulmonares tienen aneurismas que en un esfuerzo de tos pueden romperse y dejar salir enormes cantidades de sangre siendo frecuentemente mortales.

Pero fuera de la bacilosis pulmonar hay infinidad de procesos que traen sangre en la expectoración, y ustedes conocen algunas características de ello, por ejemplo: la hemoptisis es frecuente en los casos de estrechez mitral pura.

La estrechez mitral pura puede producir pequeñas y frecuentes hemoptisis. Considérenla como una afección relacionada directamente a la bacilosis en su etiología.

Otro grupo de individuos que tiene hemoptisis frecuentemente son los aórticos; sobre todo en la dilatación aórtica.

Pero donde es mucho más interesante es en la lúes pulmonar, que es un proceso no tan raro como se cree. Recordamos que en esta sala han visto tres casos y, sin duda, han habido otros más que han pasado desapercibidos. La lúes pulmonar tiene entre los signos de su síndroma, hemoptisis muy abundantes, que se repiten varios días y luego desaparecen por periodos más o menos largos.

El individuo suele eliminar mucha cantidad de sangre: dos, tres días y luego está aparentemente sano y sigue su vida habitual sin perder su buen estado general.

Las hemoptisis copiosas repetidas, la falta de sintomatología pulmonar y el buen estado general forman un trípode diagnóstico de la lúes pulmonar. Casi siempre también evoluciona sin fiebre. Otra afección de la que se hablaba como

de una afección rara, exótica, hace unos años, y que hoy en día está desparramado en todo el universo, es la espiroquetosis pulmonar. En Europa, región muy poco propicia, se la ve frecuentemente, sin embargo; de ahí que entre nosotros, que recibimos una ola de emigración, le daremos carta de ciudadanía posiblemente en breve.

Se caracteriza por una evolución parecida a la bacilosis, por la expectoración, la tos, fenómenos auscultatorios y de percusión semejantes a la bacilosis; pero ciertos indicios de la expectoración deben hacer pensar en la espiroquetosis pulmonar, pues la expectoración recuerda algo al dulce de frutilla.

La expectoración mucosa, como indica su nombre, es una secreción pegajosa, clara, transparente, muy semejante al moco nasal y que adhiere a las partes en las cuales se deposita. Es frecuente en el comienzo de todos los procesos de las vías respiratorias.

La expectoración mucopurulenta es bastante importante, ''sputum crudum'' lo llamaban los latinos.

El ''esputo crudo'' o ''sputum crudum'' es un esputo semejante al blanco del huevo, adherente, viscoso, brillante, algo denso; no se ven filamentos, generalmente no es muy abundante.

El esputo mucopurulento maduro es uno en el cual hay mucus, pero por la gran cantidad de pus, toma la expectoración un color amarillento o amarillo verdoso.

Llega a ser negruzco a veces por partículas de polvo. A veces la eliminación de pus se puede hacer en forma más dramática y en mayor cantidad. El individuo tiene uno o más grandes golpes de tos, a veces tos coqueluchoide, eliminando grandes cantidades de pus; es lo que se llama una vómica, lo que es, para el enfermo, una verdadera sorpresa en muchos casos. Eso es patognomónico de grandes cavernas, que se vacían de golpe o de un absceso de hígado o mediastino o de pulmón, que se abre en las vías respiratorias, o un abceso frío que venga de la columna vertebral, o proviene de un quiste hidático supurado de hígado o pulmón.

Hay dos o tres esputos purulentos, que son dignos de considerar y que son los más peligrosos desde el punto de vista de la profilaxis de la bacilosis. Son los que se llaman: el esputo redondo y el esputo numular. El redondo tienen generalmente alguna cantidad de mucus, pero predomina el pus, que adopta una forma de pequeñas masas redondeadas, chicas. En las salivaderas o en los frascos donde se escupe queda el líquido mucoseroso y en él el pus nadando en forma de pequeñas masas redondas como pelotillas. Ese es el esputo redondo. En el esputo numular, el pus más abundante adopta la forma de monedas, como masas redondeadas, grandes y aplanadas, del tamaño de una moneda de diez centavos, a veces de dos centavos, que se ven sobre el fondo del esputo, amarillentas, verdosas, características de la bacilosis, que llega al período de las cavernas.

Hay otra expectoración digna de consideración: es la expectoración de la tuberculosis caseosa, en la cual los individuos eliminan una cantidad de materias puriformes parecidas al pus, o mejor al queso fresco, substancia llamada caseosa que, tomada entre dos portaobjetos, se aplasta en la misma forma que lo hace el queso. Indica, por lo general, tuberculosis agudas, caseosas, de pésimo pronóstico y sumamente peligrosas para el ''entourage'', pues en los esputos hay centenares de miles de bacilos.

Otra expectoración interesante es el esputo seroso, que se observa en individuos que tienen una insuficiencia de su corazón. Elimina serosidades semejantes a agua albuminosa, batida. Tienen el mismo aspecto traslucido y son expresión de los procesos en los cuales hay edemas en el pulmón, sea por nisuficiencia cardíaca o renal.

Palpación, percusión y auscultación

La palpación se hace a plena mano, como vamos a ver en seguida. Se aplica sobre las diversas partes de la caja torácica: en la parte superior, en la media, en la inferior, en la axila y en las partes laterales.

También puede recurrirse a la palpación por la mano, por el canto o borde cubital.

Lo que uno palpa simplemente son las vibraciones vocales.

La palpación se hace también tratando de buscar deformaciones, anomalías del tórax, o puntos dolorosos, pero además y sobre todo, se trata de buscar las vibraciones vocales.

Las vibraciones vocales son tanto más nítidas cuanto más baja es la voz o más intensa ésta. De ahí que los hombres tengan vibraciones vocales más perceptibles que las mujeres.

En los niños, como sus paredes torácicas son muy delgadas, las vibraciones deberían ser netas, sin embargo no lo son, porque la voz es sumamente aguda.

Las vibraciones vocales tienen variaciones de acuerdo con los procesos del aparato respiratorio. En general, todos aquellos procesos que aumenten la densidad del pulmón, aumentarán las vibraciones vocales; sea un proceso neumónico o un tumor o un quiste hidatídico. Estas masas transmiten con mucha nitidez las vibraciones vocales.

Las vibraciones vocales están aumentadas en todos los procesos pulmonares con muy raras excepciones.

De manera que la tuberculosis, la neumonía, los quistes, aumentan las vibraciones, salvo cuando ocurran estas dos circunstancias: en que el panículo adiposo sea muy espeso y no las transmita a través; y la otra causa es que los bronquios estén ocluídos, en estos dos casos las vibraciones vocales no se percibirán o se percibirán apenas.

Ahora, otro tipo de afecciones de las vías respiratorias, las afecciones pleurales. Como regla general, las vibraciones vocales están disminuídas y llegan hasta la abolición total. Por

ejemplo: los derrames líquidos, serofibrinosos, hemorrágicos o purulentos y todas las pleuresías secas dificultan la transmisión de las vibraciones, así como el neumotórax artificial o espontáneo. En todas las afecciones pleurales siempre hay disminución de vibraciones o abolición de ellas: en las pleuresías secas, por el espesamiento de la pleura, ya sea aguda o crónica, pleuresías hemorrágicas, purulentas o neumotórax combinado con líquido purulento o hemorrágico o cualquier otro.

En las afecciones pulmonares las vibraciones vocales aumentan en los procesos que traen un aumento de la densidad del parénquima pulmonar.

Las afecciones bronquiales tienen muy poca importancia en lo que se refiere a las vibraciones vocales.

El estudio de la percusión es el de otro de los métodos importantes.

La percusión debe ser bimanual; sobre el dedo que se apoya sobre la superficie a percutir.

Puede golpearse con uno, dos o tres dedos, siempre en el mismo sitio, siempre con la misma intensidad. No debe darse sino dos golpes percutorios por vez.

El sonido está dado por la masa de aire contenido en el pulmón.

Sonido claro quiere decir: sonido normal, e implica un pulmón que funciona fisiológicamente.

Cuando el pulmón aumenta su densidad, disminuye su sonoridad y se produce el sonido "mate" semejante al que se obtiene percutiendo las masas musculares del muslo, por ejemplo.

El sonido mate significa condensación, aumento de densidad del parénquima pulmonar.

Cuando hay un sonido intermedio entre el sonido claro y mate es el "submate".

Una variación patológica del sonido es el timpanismo análogo al que se obtiene percutiendo el abdomen.

Cada uno de estos sonidos tiene un valor grande. El sonido claro es el normal; el mate indica un parénquima pulmonar aumentado en su densidad o presencia de líquido en las pleuras, o cuando la pleura se ha espesado y no deja alcanzar el aire contenido en el pulmón.

Las pleuresías con derrame al interponer capas líquidas entre el pulmón y la pared torácica producirán matitez o submatitez a veces.

Las afecciones bronquiales no tienen importancia, desde el punto de vista de la percusión.

Otro sonido de percusión importante es el sonido timpánico, análogo a la percusión de un abdomen distendido.

El sonido timpánico es un sonido de tonalidad elevada. Es agradable, es musical. Se encuentra en las grandes cavernas tuberculosas, por vaciamiento de un quiste, por una bronquectasia; en general, cuando hay cavidades de paredes lisas, es que se producen los timpanismos más evidentes, por ejemplo, a veces en los quistes hidáticos vaciados; en las cavernas bacilosas, en los grandes neumotórax, artificial o espontáneamente producidos.

Otro tipo del timpanismo se encuentra cuando el pulmón está relajado hacia un sitio dado. Por ejemplo, cuando hay líquidos dentro de la pleura hacia la base del pulmón, éste arrinconado hacia arriba, dará una percusión timpánica, debajo de las clavículas. El timpanismo es importante, en consecuencia también, porque acompaña a las grandes relajaciones del pulmón, por ejemplo a causa de un gran tumor, de un gran quiste; por una hipertrofia del corazón que pueden traer una relajación del pulmón y originar un sonido que se llama timpanismo o skodismo, porque fué Skoda el primero que lo reconoció.

Es importante distinguir un timpanismo de otro.

La modificación de Wintrich consiste en la percusión de la zona timpánica, cuando el sujeto, alternativamente abre y cierra la boca.

Cuando la abre el sonido de percusión es más alto

que cuando la cierra. Aumenta, pues, la tonalidad cuando se abre la boca y disminuye cuando se la cierra, en todos los casos de timpanismo producido por una cavidad en comunicación con el exterior. La ausencia de la modificación de Wintrich implica un timpanismo por relajación.

Auscultación. — El último de los grandes métodos de examen de las vías respiratorias es el de la auscultación, que la usaban ya antiguamente, aun cuando hoy se ha perfeccionado grandemente, sobre todo desde el punto de vista de la interpretación.

Se hace directa o indirectamente, interponiendo estetóscopos, aun cuando es aconsejable acostumbrarse a lo más simple, a la auscultación directa, interponiendo sólo una pañoleta.

Siempre es conveniente auscultar un lado y después el otro: cara anterior, de un lado, axila y luego por detrás. Nunca hay que omitir la auscultación de la axila, pues muchos procesos que no aparecen muy claros en las paredes anterior y posterior aparecen en la axila.

La auscultación les permitirá encontrar el murmullo vesicular. Ese se produce simplemente por las vibraciones vocales; el sonido que se produce a nivel de las cuerdas vocales, cuando el individuo respira, se lo encuentra aterciopelado por los alvéolos al nivel del pulmón normal.

A veces el murmullo vesicular no existe y se encuentra substituído por la respiración ruda, que es la exageración del murmullo vesicular. Es mucho más áspera; análoga o lo que se ausculta en los niños, en los que la respiración pueril es normal, mientras en los adultos es patológica y cuando se exagera, se la llama ruda.

Un tipo más acentuado de la respiración pueril es, pues, la ruda. La expiración es a veces prolongada, lo que es otro hecho patológico. La respiración ruda coincide con la expiración prolongada, que dura más del tiempo normal, con bastante frecuencia.

La respiración ruda es a veces anfórica, al nivel de las cavernas pulmonares, las cuales agregan una consonancia mu-

sical, semejante a la que se observa cuando se sopla, habla o se murmura dentro de un ánfora o tinaja de barro.

Además de estas variaciones del murmullo vesicular, hay que considerar los ruidos agregados, que se llaman rales.

El tipo de ral seco es la sibilancia, semejante al "silbido". A veces son pequeñas y otras grandes sibilancias.

Frecuentemente a las sibilancias acompañan los ronquidos, rales secos que como ellos se definen por sí solos.

Hay, por otra parte, rales húmedos. Son rales de burbujas, semejantes a los que se observan soplando en un líquido por medio de un tubo, de una pipeta, por una caña, etc.

Las burbujas que caracterizan a los rales, pueden ser medianas, pequeñas y a veces grandes burbujas. A veces están en relación con procesos brónquicos, guardando relación el tamaño de las burbujas con la luz de los bronquios en los cuales se originan.

A menudo se encuentran al nivel del parénquima pulmonar, en dos procesos diversos.

Cuando los rales de grandes burbujas se producen en las grandes cavernas, se acompañan de una consonancia timpánica por la cavidad en que resuenan, y a ello se llama ral cavernoso o cavitario.

La auscultación de la voz proporciona signos de importancia.

Cuando se ausculta la voz en circunstancias normales, se transmite con caracteres más o menos suaves.

A veces la transimisión de la voz es tan intensa que hace mal al oído e incomoda: es la broncofonía. Es una transmisión intensa y que se encuentra con frecuencia al nivel de los sitios en que el parénquima pulmonar comienza a destruirse.

También existe la anforofonía que, como su nombre lo indica, significa la transmisión de la voz reforzada y con caracteres musicales, como pasa en las cavernas pulmonares.

Existe otro fenómeno de auscultación de la voz que se llama egofonía, la que se nota en las pleuresías con derrame, pero no en las secas.

Se llama egofonía al carácter nasal, tembloroso que reviste la voz cuchicheada en los casos de derrames pleurales. Es lo que también se llama "voz de polichinela" o de "mirliton", como dicen los franceses.

La auscultación de la tos tiene también su valor: en las grandes cavernas pulmonares se produce una gran resonancia y frecuentemente provoca la aparición de cantidad grande de rales.

En el neumotórax tiene la tos un carácter timpánico.

CAPITULO IX

Aparato digestivo

Vómitos

Debemos estudiarlos desde dos puntos de vista, según de donde proceden, y además, según las circunstancias en que se produzcan y a la vez estas circunstancias nos llevan a distinguirlos, según sea lo que se elimina por medio de ellos.

Hay que distinguir el vómito estomacal y el vómito esofágico.

No todos los vómitos son del estómago. Hay vómitos que se llaman regurgitaciones o esofágicos

La regurgitación es simplemente la devolución hacia el exterior de los alimentos contenidos en el esófago; se hace sin esfuerzo de vómito, no funciona el músculo diafragma. La regurgitación es, pues una contracción de la musculatura del esófago; es sin arcadas y va precedido generalmente de una sensación de detención de las sustancias ingeridas.

La regurgitación aparece inmediatamente, salvo en aquellos casos en que el esófago presenta una gran dilatación, y la comida puede detenerse en ese sitio por un tiempo más o menos largo antes de ser regurgitada.

La regurgitación significa, en general, una estenosis en el esófago o una dificultad para el pasaje alimenticio.

La regurgitación, pues, se produce cuando existe una dificultad para el pasaje progresivo de las sustancias alimenticias.

Cualquier lesión de la aorta, cualquier proceso que tenga asiento a su nivel, puede comprimir el esófago contra el plano sagital que constituye la columna vertebral por detrás. Supongan también un tumor del esófago, el que se hace infranqueable; los alimentos se estacionan por arriba y no prosiguen su curso hacia el estómago, eliminándose con una regurgitación hacia la boca. No puede confundirse con un vómito en el cual hay otros síntomas y que se acompañan de náuseas, eliminándose sustancias estomacales y en los que no falta el jugo gástrico, modificado o no.

En cuanto a los vómitos hay que distinguir varias clases, según las sustancias que se vomitan.

A veces el vómito es bilioso, otras acuoso, en otras alimenticio o fecal, etc.

El primer vómito que deben estudiar, es el que sigue en pocas horas a la ingestión de la comida. Es generalmente el más banal; se reconoce la substancia ingerida pero no siempre.

Cuando simultáneamente hay retención de alimentos, se eliminan sustancias ingeridas uno o más días atrás, lo que tiene un gran valor por otra parte.

El vómito alimenticio acompaña a muchísimos síndromas, muchos de ellos sin importancia.

Pueden producirse por malestar. Saben que el vómito alimenticio acompaña al mareo; mareo por las alturas; mareo por los viajes en coche, mareo de mar. Variará de aspecto según el tiempo en que se produce; habrán sustancias mal digeridas y habrán otras en las que ustedes no reconocen la sustancia con que se ha alimentado el sujeto, pues ya han sido modificados por el jugo gástrico.

En las intoxicaciones de origen externo también se producen con frecuencia vómitos: intoxicaciones por mercurio o por cualquier otra sustancia con la cual se ha querido terminar una vida.

Otro tipo de vómito es el bilioso.

Saben que el vómito alimenticio después de producirse varias veces, llega a ser por lo común un vómito bilioso. En los

vómitos biliosos se elimina bilis, la que le da un gusto amargo desagradable y un color que puede variar desde el amarillento hasta el verdoso oscuro.

El vómito bilioso se encuentra en las mismas circunstancias que los vómitos alimenticios. A veces llega a ser tan intenso que el individuo se desnutre profundamente y se acompaña de sudores fríos. Pueden presentarse también estados sincopales.

No hay que confundir los vómitos alimenticios con el tipo llamado vómito de pituitas o pituitoso, en el cual el individuo elimina una sustancia, un líquido claro llamado pituita.

El vómito pituitoso no tiene un gusto tan marcado como los vómitos biliosos, sumamente amargos, que dejan la boca áspera. El vómito pituitoso puede tener hasta un gusto "dulzaino". No trae un gran trastorno. Se elimina un líquido claro, muy comúnmente siruposo, algo denso, consistente, que se desprende en forma de "baba". Aparece en circunstancias distintas, y se confunde con dos clases de vómitos que son muy importantes, el vómito pituitoso de las mujeres embarazadas, y el vómito acuoso de los individuos que tienen tumores de las vías digestivas, en las partes vecinas al píloro y origina espasmos de éste.

El vómito pituitoso se encuentra en los alcohólicos crónicos.

El vómito pituitoso debe hacer pensar siempre, pues, en el embarazo, y en los vómitos acuosos de los individuos que tienen espasmos del píloro.

Otro tipo de vómito es el vómito sanguinolento.

El vómito sanguinolento o hematemesis es distinto a todos los vómitos que acaban de ser descriptos.

Saben lo que es la hematemesis y saben lo que es la hemoptisis, a la que se le llama "vómito de sangre", aun cuando no sea un verdadero vómito de sangre.

Hematemesis y hemoptisis son dos cosas distintas. La hemoptisis aparece en los individuos que tienen antecedentes bacilares, aun cuando pueden ser cardíacos, como ocurre en la

estrechez mitral pura. En la hemoptisis hay tos y se elimina sangre roja, sangre espumosa que el individuo elimina con acceso de tos y se acompaña a veces de fiebre. Son raros los antecedentes gástricos. En la hematemesis es distinto: los antecedentes gástricos no faltan, inveterados por lo general. La sustancia eliminada es negruzca, como que, sobre la sangre ha actuado el jugo gástrico: es semejante a la sangre de las "morcillas" (aunque sea bastante prosaica la comparación).

La hematemesis se acompaña de dolor, la sangre es negra, se elimina por arcadas y por medio de grandes contracciones del diafragma, músculo que forma la parte superior o bóveda del abdomen. La sangre es ácida, mientras que la sangre eliminada por la hemoptisis es alcalina.

El significado semiológico de las hematemesis además de las úlceras gástricas o duodenales, puede ser otro y forma parte del síndroma de la hipertensión portal, de hipertensión general, de la insuficiencia hepática o renal, etc.

Hay otras substancias eliminadas por vómitos que le dan cierto carácter especial: los vómitos purulentos.

Un vómito purulento no debe confundirse con la vómica. Vds. recuerdan que en la vómica el sujeto elimina pus en un golpe de tos; al vaciarse una caverna del pulmón; un quiste hidático supurado, etc.

No era raro observar años atrás, vómitos en los cuales se eliminaban hidatides del hígado. Hoy en día son menos frecuentes que antes, pero con todo, dignos de hacerse notar.

Debemos estudiar los vómitos también, desde otros puntos de vista, por ejemplo, las circunstancias que rodean al vómito mismo.

Los vómitos nauseosos no necesitan ser descriptos porque casi todos lo habrán experimentado en alguna u otra circunstancia.

El vómito nauseoso se llama así por ir precedido o acompañado de náuseas.

En los viajes en coche, etc., al experimentar el "mareo", se presentan vómitos nauseosos.

El vómito nauseoso se encuentra en otras circunstancias, dignas de mención.

Todas las intoxicaciones de origen externo: intoxicación alcohólica, intoxicación por el tabaco, traen vómitos nauseosos.

En las intoxicaciones morfínicas, cuando no se llega a una dosis muy elevada, se producen estados nauseosos; no es extraño por eso ver, a sujetos que comienzan a morfinizarse, pasar por un estado nauseoso, lo que con cierta frecuencia, a muchos les aparta del mal camino.

También las infecciones comienzan por vómitos nauseosos y alimenticios.

En la grippe se observa con alguna frecuencia. En el sarampión, en las anginas, en todas las fiebres; y tanto más frecuentes y tanto más intensas, cuanto más brusco es el comienzo.

Hay otra clase de vómitos muy importantes: el vómito de las intoxicaciones de origen interno, la uremia y la diabetes.

Los vómitos de la uremia son característicos. Se acompañan de todo el síndroma clínico de la uremia. La cefalalgia, que aparece todos los días sin hora fija; pupilas mióticas y perezosas para reaccionar a la luz y a la acomodación, hipertensión arterial y vómitos nauseosos; tal es el complejo semiológico en una insuficiencia renal, de tipo azoémico.

Otro tipo de vómito es el que va acompañado de una sensación de dolor. En un calculoso renal el dolor tendrá su asiento a la altura de la región lumbar y se irradiará hacia los testículos en el hombre y en la mujer hacia los órganos genitales. Se acompaña a veces de sangre en la orina y el individuo se queja de dolor y desciende el hombro del lado enfermo, en un movimiento reflejo de defensa.

Lo mismo ocurre en los vómitos de los cólicos hepáticos. El dolor se irradia hacia el cuello, hacia el ángulo del omóplato. El vómito nauseoso es de rigor.

En las apendicitis aparece el vómito. Comienza como un vómito alimenticio, luego se hace bilioso, es más o menos in-

tenso, más o menos frecuente, pero se acompaña de un dolor en la zona apendicular en el punto de Mac-Burney que se encuentra a mitad de camino entre el ombligo y la espina ántero superior del hueso coxal.

También el vómito se puede acompañar de dolores en las neumonías con puntada de costado, ya sea torácica, ya sea sea abdominal, en lo que se ha llamado el punto seudoapendicular.

Hay otros vómitos que son de origen gástrico o gastroduodenal.

Los vómitos de la hiperstenia gástrica son debido a exceso de función del estómago.

El dolor es como de quemadura, parece que se abrasaran los individuos que se inclinan hacia adelante, ingieren algún alimento para aliviarse, pero luego vuelve a aparecer el dolor. Se alivian vomitando. Los vómitos son ácidos, y dejan los dientes ásperos: tienen un gusto bilioso y son bastante característicos de la hiperstenia gástrica.

En la úlcera el dolor es mucho más intenso: es un dolor que atraviesa hacia atrás, como una puñalada. Va hacia un lado de la columna vertebral y se acompaña de antecedentes de gastropatía, más o menos largos. El sujeto tiene un aspecto especial: es desnutrido y se encuentran vestigios de sangre en las deyecciones.

Otro tipo de vómito sumamente interesante, vómito doloroso es el vómito de la crisis gástricas de los tabéticos.

Aparecen y terminan bruscamente y en los sujetos que los presentan, se encuentran todos los estigmas del tabes. Estos vómitos que duran horas, a veces días, y otras veces una semana o más, los desnutren y los pueden llevar hasta la muerte.

Otro tipo de vómito es el vómito por éstasis gástrico.

Saben que el estómago es una gran cavidad, semejante a una vejiga, y que tiene dos orificios: uno de entrada y uno de salida, al nivel del cual hay musculatura especializada. El píloro comunica al estómago con el duodeno y a su nivel la mus-

culatura se contrae y no deja pasar los alimentos al duodeno sino cuando se ha llenado la función gástrica.

El píloro a veces, por ciertos procesos ulcerosos de su vecindad o del mismo píloro tiene espasmos y entonces los alimentos en el estómago se estancan y fermentan.

¿Cómo es el vómito característico del espasmo del píloro? Esos vómitos son raros. Al decirles raros, no quiero decirles que son poco frecuentes. El individuo tiene hoy un vómito y de aquí dos o tres días otro. Son raros, son poco frecuentes, uno o dos al día, y luego separados por intervalos largos.

Son vómitos sumamentes abundantes; el individuo elimina una gran cantidad en un esfuerzo de vómito: medio litro, un litro, pudiendo eliminar más cantidad todavía.

Otro tipo de vómito, es el vómito de la tos emetizante de los tuberculosos. Son vómitos sin náuseas, aparecen generalmente en el tercer período de la bacilosis, el de las cavernas pulmonares; pero también en la tuberculosis laríngea, y en los individuos que tienen coqueluche.

Todo lo que ingiere lo elimina por el vómito.

Otro vómito es el vómito en chorro, el vómito que se llama cerebral. Es un vómito que aparece instantánea, bruscamente, sin que sepa el sujeto que lo va a tener. No es, pues, tan grande el esfuerzo. como tan grande la cantidad de líquido, que el individuo elimina. Acompaña a casi todos los procesos cerebrales, meníngeos, etc.

Lo van a encontrar en los tumores del cerebro, ya sea un tumor maligno o no, lo van a encontrar en las osteitis sifilíticas craneanas, lo van a encontrar en los tumores bulbares, en los del mesencéfalo, etc.

En la neurosis hay con frecuencia vómitos.

Hay otro tipo de vómito, que es el acetonémico, o "cíclicos de los niños", que aparecen con cierta predilección en niños de seis a siete años y que están relacionados con la eliminación de acetona por ellos. Le notan, además al vómito (que puede ser bilioso y alimenticio), el olor a acetona, agradable, parecido a la manzana "reinette".

Los *vómitos del embarazo* aparecen al primero o segundo mes de cesada la menstruación. Son pitnitosos, a veces alimenticios y biliosos, pero la regla es que sean pituitosos.

Los vómitos gravídicos son a veces poco manifiestos y la mujer sólo tiene saliveo por las mañanas o a las noches, o escupe mucho durante el día.

El significado de los vómitos gravídicos es el de las insuficiencia suprarrenal y coinciden con hipotensión, taquicardia, la raya blanca de Sergent, etc.

Diarrea y constipación (1)

Definicion. — *Desígnase con el nombre de diarrea la aceleración de la travesía digestiva, el aumento de las evacuaciones fecales y el aspecto líquido de las mismas.*

Estos caracteres de la diarrea, están ligados unos a los otros, interviniendo en su producción muchos mecanismos, (bajo el punto de vista de su fisiopatología).

Es necesasio tener unas breves nociones de fisiopatología, para poder comprender, la etiología, los caracteres generales, los síntomas y hasta el porque de algunos de los tratamientos en ciertas clases de diarreas.

1.º *Puede haber diarrea por una falta de absorción de líquidos o mejor dicho de alimentos introducidos en el tubo digestivo.* — Esta falta de absorción puede ser originada por la disminución o supresión de alguno o algunos de los jugos que favorecen la elaboración de los alimentos, tales como los líquidos de secreción, hepáticos, pancreáticos, intestinales, etc.

2.º *Por la secreción exagerada del intestino o de sus glándulas anexas.* — Aumento de secreción, debido, ya sea a una acción ejercida directamente sobre el sistema nervioso, o por acción refleja, a corto o a largo circuito, con localización intra o extra-intestinal; pudiendo está acción acompañar-

---

(1) Por el *Dr. Enrique B. del Castillo*, médico del Hospital T. de Alvear, Jefe de trabajos prácticos de la sala 12ª.

se o no de lesión, superficial o profunda; difusa o circunscripta.

3.º *Cuando por causas muy diversas está exagerado el peritaltismo intestinal,* es un factor incriminado en la producción de la diarrea y muy frecuentemente asociado al mecanismo anterior. En la producción de la exageración del peristalfisfo intestinal pueden intervenir influencias diversas que se ejercen sobre el sistema nervioso.

4.º La mucosa intestinal en ciertos casos puede ser asiento de una *transudación de líquido,* constituyéndose entonces el intestino en una vía suplementaria o vicariante de excresión de bastante importancia; ya sea por aumento de tensión de la red intestinal por trastorno mecánico en la circulación de los vasos eferentes del intestino, (síndroma de hipertensión portal, desfallecimiento del corazón, pileflebitis) o por modificaciones osmóticas entre el medio intestinal y sanguíneo; desempeñando la mucosa intestinal el rol de membrana dializante.

5.º Y finalmente, *el terreno,* elemento en patología de mucha importancia. Y al hablar de terreno compréndese en ello a los neurópatas; al viejo neuroartritismo de cuyo seno se desprende día a día una entidad mórbida, para ir a engrosar el interesante capítulo de glándulas de secreción interna. Bástenos recordar la diarrea de los hipertiroideos, basedowianos, insuficiencia suprarrenal, aguda, etc. etc.

Los caracteres generales. — Pasemos a estudiar la diarrea en sus carácteres generales, sus síntomas asociados y sus diversas repercusiones.

Frecuencia. Sabemos ya por definición que es un elemento casi constante, variable, citándose como cifras extremas de 100 a 150 evacuaciones en 24 horas.

En la apreciación de la frecuencia es necesario tener en cuenta la edad y hábito de vida del enfermo.

Normalmente un lactante mueve el vientre de 3 a 4 veces por día; un adulto una vez; pero sin embargo hay sujetos que

dentro de la euritmia de su vida mueven el vientre cada 3 o 4 días, por ejemplo: los turcos.

Consistencia. Desde la evacuación completamente líquida hasta la deposición pastosa, que viene a ser como una evacuación normal, pero un poco más diluída, hay todos los tipos intermedios.

Reacción. Puede ser ácida, alcalina o neutra.

Cantidad. Sumamente variable, desde la deposición que llena un vaso de noche hasta solamente una cucharadita de café de mucus.

El olor. En algunos casos nulo, en cambio en diarreas purulentas, muy fétido.

Coloración. Carácter semiológico de primera magnitud. En casos de retención de pigmentos biliares tenemos evacuaciones blanquecinas. La falta de fermentos que elaboren las substancias grasas para ser absorbidas, trae como consecuencia una eliminación masiva de dichas substancias y entonces las deposiciones son pastosas, gris, blanquecinas. Otras veces, el aumento de pigmentos biliares, (hipercolia) les da a las heces coloración verde o verdeoliva. Si bien es cierto que muchas veces el color verde es debido a hipercolia, otras tantas puede ser debida esta coloración a gérmenes, tal como el bacilo cromógeno de Lesage. También pueden haber alteraciones de la coloración debido a ingestión de medicamentos: hierro, sales de bismuto, tanino, etc. La ingestión de sangre, ya sea como alimento, (morcilla etc.) o por lesión en cualquier porción del tractus digestivo, (ulcus gástrico, duodenal, etc.) les comunica a las evacuaciones un color negruzco, borra de café. En ciertas circunstancias la sangre, en vez de colorear homogeneamente las heces, está en forma de hilos más o menos delgados.

Hecho este examen macroscópico, es necesario efectuar el examen por el laboratorio: cultivos, examen microscópico o inoculación de los gérmenes, examen histológico, químico, etc. Estudio de la duración de la travesía digestiva por los dife-

rentes procedimientos, René Gaultier, etc., y por último examen por los rayos X.

Hecho ese breve estudio de análisis, con esos datos se hará un estudio de síntesis y así podremos dividir las diarreas en:

1.° La *diarrea estercoral* una evacuación normal un poco más diluída.

2.° La *diarrea mucosa*; gran cantidad de mucus.

3.° La *diarrea sanguinolenta,* el nombre es bastante expresivo; pero *no* sangre pura.

4.° La *diarrea serosa*: abundante, incoloras casi como agua. Se observa en el cólera asiático.

5.° La *seromucosa*.

6.° La *diarrea purulenta*: a veces en forma de una intensa *debacle,* por abertura de una colección purulenta o cualquier porción del intestino.

7.° Y finalmente la *lienteria*; evacuación caracterizada por estar formada por alimentos o restos alimenticios fácilmente reconocibles y recientemente ingeridos. La lienteria puede ser debida a la insuficiencia de ciertos jugos digestivos a veces unido a una travesía digestiva más rápida, como consecuencia de un peristaltismo exagerado o debido este acortamiento de la travesía digestiva, a una fístula gastrocólica. Además de estos tipos escuetamente expuestos y más o menos esquemáticos, pueden existir infinidad de modalidades intermediarias; y pasar gradualmente de un tipo a otro, así por ejemplo, empezar con una diarrea estercoral, después serosa. serosamucosa, sanguinolenta; para terminar en las proximidades de la curación, siendo estercoral.

Sus síntomas abdominales. — Preceden o acompañan generalmente a las diarreas, cólicos y borborismos.

Tenesmo anal y pujos cuando la lesión o causa provocadora de la diarrea reside en el asa sigmoidea o recto. Inspeccionando el abdomen podemos observarlo mateorizado o excavado. A la palpación, zonas dolorosas y a veces hasta contractura de la pared abdominal.

Sus sintomas generales. — Bástenos mencionar la enorme deshidratación, (pérdida de agua) que sufren los coléricos y ligados a ello, la sed intensa, oliguria, pérdida de peso, una emaciación muy evidente, trastornos en la hidráulica cardíaca, etc. Claro es que no todas las diarreas traen síntomas generales. Otras veces, cólicos muy dolorosos llegando casi hasta el síncope.

Diagnostico. — Parecería sumamente fácil decir si se trata de una diarrea, pero muchas veces no lo es; y es necesario saber aislar una falsa diarrea; es decir evacuaciones líquidas, provocadas por la coprostasis, (acumulación de materias fecales) y expulsando cantidades más o menos abundantes de materias fecales endurecidas; siendo esto último un elemento de importancia para establecer el diagnóstico. Hecho el diagnóstico, supongamos, de que se trata de una diarrea, es necesario saber cual porción del tubo intestinal, (intestino delgado o grueso) es el punto de partida de la diarrea.

Las diarreas provocadas por causa localizada en el intestino delgado son más copiosas y líquidas, mayor abundancia de restos alimenticios, escasa cantidad de mucus, bilis, meteorismo más marcado y a predominio periumbilical.

En favor del intestino grueso: mayor cantidad de mucus; evaciaciones menos abundantes; pujos y tenesmo anal.

Diagnostico etiologico. — Hacer una clasificación de las diarreas es tarea harto ardua; y cada tratadista hace una clasificación a su manera; en sus líneas generales seguiremos la clasificación que hace Oddo.

1.° *Diarreas infecciosas o tóxicas*. Las primeras pueden ser debidas a infecciones localizadas en el intestino o a infecciones con residencia en cualquier otro punto del organismo. En localización intestinal el botulismo, producido por el bacilo botulismo de Van Hermengen, que se encuentra en la carne alterada. La leche o productos fabricados con leche, debido a la contaminación por diversas especies mibrobianas provenientes de las inflamaciones de las tetas de las vacas.

Diarreas debidas a infecciones generales: la escarlatina, acompañada de vómitos. La viruela en el período de supuración. La grippe y especialmente en la forma gastrointestinal. La neumonia, al aparecer los fenómenos críticos, aparece una diarrea también crítica. La diarrea a tipo coleriforme de ciertas formas de paludismo, pudiendo terminar rapidamente con la muerte, si se ignora su naturaleza; y si no se interviene suministrando quinina al enfermo.

En los estados septicémicos se observan diarreas abundantés y de muy mal pronóstico.

En cuanto a las diarreas tóxicas podemos dividirlas en dos grupos: de causa exógena y de causa endógena. Primer grupo: por substancias químicas envenenamientos, etc., etc., o por medicamentos: mercurio, etc. Los accidentes graves debidos a los hongos por ejemplo. Diarreas por intoxicación de causa endógena: las debacles diarréicas de la uremia, serosa muy abundante y bienhechora.

En el coma diabético, alternando con vómitos, a tipo coleriforme es decir, serosa.

Las diarreas de los cardíacos y gotosos intestinades, otros dos tipos de diarrea por autointoxicación.

2.° *En las afecciones del tubo digestivo y de sus anexos.* — En ciertas afecciones hepáticas, diarreas biliosas, abundantes ỳ pasajeras.

En las afecciones pancreáticas acompañadas de esteatorrea.

Las afecciones crónicas del intestino suelen tener episódicamente crísis diarréicas: litiasis intestinal, (rara) apendicitis crónica, enteritis muco-membranosa, etc.

Síntoma casi constante en cáncer y tuberculosis intestinal.

3.° *Crisis diarréicas por abertura de colecciones líquidas en intestino.* — Cualquier colección de líquido de la cavidad abdominal puede abrirse en intestino. Sean estos abcesos de la cara inferior de hígado, abcesos apendiculares, salpingitis supuradas, flemones perinefríticos, o peritonitis en-

quistadas, etc. La crisis puede ser precedida de dolores abdominales violentos; en caso de una colección líquida palpable, observaremos poco a poco su desaparición, a medida que se produce la debacle diarréica y completando el síndroma la caída de la temperatura, (en caso sobre todo de colecciones purulentas).

4.º *Diarreas por trastorno de las glándulas de secreción interna y de causa nerviosa.*

Síntoma cardinal en los estados hipertiroideos y bocio exolftámico. Lo mismo que en la insuficiencia suprarrenal aguda o síndroma de *Sergent-Bernard.*

De causa nerviosa, en primer término la emocional, que todo el mundo la conoce en los exámenes, (precediéndolos; en la guerra pasada, de aparición brusca y de terminación instantánea. La de ciertos neurópatas: individuos que les basta saber que no tienen próximo un w. c. para tener imperiosos deseos de mover el vientre.

El Prof. Bonorino cita el caso de un estudiante que tenía diarreas quince días antes de los exámenes; y que la mejor terapéutica de su afección era el feliz término de su prueba.

Citaré finalmente la diarrea provocada por el frío, cuyo proceso interno no es bien conocido, pero que se puede englobar dentro de la *diatesis coloido-clásica de Widal.*

Constipación

Definicion. *Constipación es un retardo en la evacuación de las materias fecales.*

Dijimos que normalmente, un sujeto sano, sometido a un régimen ordinario, mueve el vientre cada 24 horas, evacuando de 150 a 160 gramos de materias fecales.

Esta cantidad es expulsada generalmente en una sola vez; en horas variables, según el régimen de vida de cada individuo; pero habitualmente en una hora regular para cada sujeto y por lo común en las horas siguientes a las comidas.

Estudiando a rayos X el tiempo de la travesía eólica se ha establecido que los alimentos ingeridos llegan al ciego al cabo de 4 ½ horas; el ángulo hepático, dos horas después; y que a las 8 o 10 horas después de la ingestión toda la comida ya ha llegado al intestino grueso. A las 12 horas a la altura del ángulo esplénico; y que de 12 a 16 horas, el asa sigmóideo está llena y haciéndose la evacuación al cabo de veinte y cuatro horas.

Estos hechos se aplican al estado normal, el constipado, tendrá defecaciones menor en número y cantidad, duras, pobres en agua. La travesía digestiva se efectúa en mucho más tiempo.

Un sujeto puede mover el vientre todos los días; y ser un constipado, pues evacúa poca cantidad, entonces tenemos la constipación *cuantitativa de Lassegue.*

Ahora si disminuye el número de sus evacuaciones tenemos la constipación *horaria de Lassegue.*

Estudio clinico. — El examen del abdomen de un constipado permite observar muchas modificaciones muy dignas de tenerlas en cuenta.

Generalmente es un abdomen flácido blando que se desplaza en todo sentido; en otros casos muy meteorizados; pudiendo ser este meteorismo parcial o generalizado.

Pasemos a la palpación; dirigiéndonos a intestino grueso sentiremos cilindros fecales, especialmente en ciego y escíbalos escalonados en asa sigmóidea.

En sus porciones vacías el intestino suele estar contraído; es lo que se designa con el nombre de cuerda cólica de Glenard.

Efectuando un tacto rectal, no es raro encontrar un paquete hemorroidal, cuyos síntomas funcionales, el paciente ya los acusaba.

La constipación puede ser permanente o entrecortarse de falsas diarreas y en algunas circunstancias llegan hasta la obstrucción intestinal.

En cuanto a sus repercusiones sobre el estado general, tenemos desde el constipado que la soporta casi sin ningún trastorno hasta la estercoremia más grave. El constipado con infinidad de malestares, quejándose de cólicos vagos, pesadez abdominal, sensación de plenitud después de las comidas, estado nauseoso, apetito disminuído, digestiones largas, penosas; lengua saburral, aliento fétido.

CAPITULO X

Abdomen [1]

En la conferencia de hoy nos ocuparemos del abdomen en general; ya se ha hablado del aparato digestivo en conferencias anteriores viendo desde boca y dientes hasta los síndromes diarrea y constipación.

Antes de entrar a la semiología y ligera reseña clínica del abdomen, diré algo sobre su posición y contenido.

El abdomen ocupa la parte inferior del tronco, separado del torax por el diafragma, sus paredes son blandas en general en la parte anterior; con un eje óseo, la columna vertebral, en su parte lumbar y sacra; los huesos ilíacos que lo limitan por su base formando la cavidad pelviana.

Si en el tórax hay dos órganos importantes, el corazón y los pulmones; en el abdomen hay varios, en la pared superior derecha y debajo del diafragma ocupando gran parte de su cúpula el hígado; hácia la izquierda el bazo, en el medio el estómago y pancreas; ocupando su centro, intestino delgado formándole marco el intestino grueso; en su parte inferior y ya en la cavidad pelviana vejiga y órganos genitales femeninos, profundamente y a ambos lados de la columna vertebral los riñones.

Cada uno de éstos órganos tiene su función propia, re-

---

(1) Por el *Dr. Sixto Pastor,* médico del Hospital T. de Alvear, Jefe de Clínica de la sala 12ª.

cordaremos a grandes rasgos la fisiología del hígado; éste órgano tiene un rol excretor por su bilis que sirve en el proceso digestivo y un rol transformador de las sustancias alimenticias que le llegan del intestino por medio de la vena porta, transformando, elaborando, albuminoides, grasas e hidratos de carbono en sustancias aptas para la nutrición de los tejidos del organismo; se une a ello una función de defensa, impidiendo el pasaje de las sustancias tóxicas.

Recordemos el rol sanguíneo del bazo; la función digestiva y absorbente de sustancias necesarias para la vida del estómago e intestinos; la función eliminadora de los riñones y vías urinarias; la función reproductora de los órganos sexuales, sin dejar de lado la de todo el sistema linfático mesentérico e intestinal, verdadero drenaje de los tejidos y la importantísima de las glándulas a secreción interna, como las cápsulas suprarrenales de las cuales basta una hipofunción, una enfermedad en una de ellas o en las dos, para causar la muerte; el rol del aparato genital, ovarios, etc., en la determinación del sexo. He hecho este ligero bosquejo para que puedan darse una idea de la cantidad de órganos importantes que se encuentran en el abdomen y de la variada función casi todas imprescindibles para la vida.

Pasaremos a la semiología del abdomen. Nos habrá servido de mucho el examen metódico qque hayamos hecho del enfermo y sobre todo el interrogatorio; por él sabremos si hay alguna perturbación que pueda referirse a alguno de los órganos que se encuentran en el abdomen, y a menudo después de haber examinado detenidamente a nuestro enfermo, lo que más nos ilustrará serán los datos que nos de un buen interrogatorio; por ejemplo, el enfermo nos puede decir que su enfermedad data desde una comida que fué opípara la noche antes; que siempre ha estado sano, pero que esa noche a las 3 de la mañana, sintió dolores en todo su vientre, varias deposiciones, y su estómago ocupado hasta que se alivió por un vómito; al examen no encontraremos otra cosa que una lengua saburral y ligero dolor en el epigastrio, a veces ni ésto; hare-

mos diagnóstico de simple indigestión, la cual todos Vds., conocen.

Ejemplos como éste en que el interrogatorio es la principal guía en el diagnóstico podría citarles en cantidad.

Después del interrogatorio iniciamos el examen del abdomen, para ello pondremos al enfermo en cómoda posición decúbito dorsal, con buena iluminación (ésta es importante, ¡cuántos diagnósticos equivocados por falta de buena posición o de luz!) Si el enfermo está mal colocado, sino descansa bien sobre su cama, puede poner en contracción músculos que simularán hasta un tumor, o cuando menos nos darán la impresión de resistencia que en realidad no existe.

Luego recordaremos la posición que normalmente ocupan los órganos en la cavidad abdominal y las diferentes regiones en que se lo ha dividido para su mejor compresión.

Para esto se han trazado líneas imaginarias que circunscriben espacios que corresponden sensiblemente a la localización de órganos importantes, dos líneas horizontales la primera y superior que une los bordes de las dos 10as. costillas, la segunda e inferior que une las dos espinas ilíacas anteriores, otras dos verticales que nacen abajo en la mitad de la arcada crural y se dirigen hácia arriba, nos limitan 9 espacios; arriba, hipocondrio derecho (región hepático); en el medio epigástrio (región del estómago y páncreas) hácia la izquierda, hipocondrio izquierdo (región del bazo); luego debajo de éstos flanco derecho; ombligo (región umbilical); flanco izquierdo; por último en la porción más inferior del abdomen, fosa ilíaca derecha; (región del apéndice y ciego) hipogastrio (región de la vejiga y útero) y por último fosa ilíaca izquierda (región de la última porción del intestino grueso, S, ilíaca).

Inspección. — Procederemos a la inspección y consideraremos la forma del abdomen; normalmente éste se nos presenta con una depresión en la región epigástrica que se va transformando hacia abajo en una elevación hasta hacerse ligeramente abovedado en el hipogastrio (región vesical). Esta forma varia con la edad, con el grado de mayor o menor de-

sarrollo del tejido muscular y panículo adiposo, y entonces podremos encontrar un abdomen completamente excavado, en los sugetos macilentos, demacrados, los que padecen de una enfermedad crónica grave, cáncer, tuberculosis, malaria, inanición, etc., los que han sufrido una enfermedad aguda prolongada, tifoídea, infecciones, meningitis; en este último caso se ha descripto una forma de vientre excavado que los franceses han llamado vientre *en bateau*.

En otros casos el vientre está aplanado ligeramente en su parte media pero abultado y caído hácia los lados, es lo que se ha llamado el vientre de batracio, y que se encuentra comunmente en la ascitis (colección de líquido subperitoneal en regular cantidad) cuando esta es mucha y puede llegar a 20 o más litros el vientre se abulta enormemente, poniendose tenso y lustroso.

Otras veces el vientre está abultado total o parcialmente: (y es lo más frecuente), por infiltración grasosa del mesenterio del epiplon y pared abdominal en los obesos; otras veces el abdomen puede hallarse distendido por gases (meteorismo), también por líquido (ascitis), embarazos, y por tumores (fibromas, quistes del ovario).

El abultamiento parcial puede encontrarse en la mayor parte de los casos anteriores cuando la ascitis es enquistada y en caso de tumores de tamaño mediano, que no llegan a ocupar todo el abdomen, en especial los que derivan del hígado, bazo, riñones, etc.

La inspección también nos ilustrará sobre la coloración y estado de la piel, a menudo encontraremos *vergetures* en las mujeres que han estado embarazadas y en general en todos los casos en que ha habido una distensión de la pared abdominal y que actualmente ha desaparecido.

También puede observarse angiomas (vulgares manchas de vino), quistes sebáceos, hernias umbilicales, eventraciones, que es la ruptura de la pared muscular por donde pasan las asas intestinales que vienen a estar debajo de la piel; cicatrices de operaciones anteriores, heridas, cicatrices por pica-

duras de insectos y afecciones cutáneas que ya Vds. han estudiado al tratar tegumentos.

Otras veces, y en caso de obstáculo en la vena cava superior, la circulación se efectúa por las venas de la pared abdominal que se hacen gruesas y forman una red que se llama *cabeza de medusa.*

También puede encontrarse edema o infiltración de líquido subcutáneo que ha sido estudiado al tratar de edemas en general.

Palpación. — Una vez hecha la inspección Vds. pasan a la palpación, se colocarán a la derecha del enfermo, sobre todo si desean examinar con detención el hígado y fosa ilíaca derecha y aun el epigastrio, zonas muy importantes. Tratarán de que el enfermo no contraiga sus músculos abdominales, insistiendo en una buena posición, descansando bien la cabeza sobre la almohada, pues muchos enfermos tienden a levantarla para ver las maniobras del médico, esto produce la contracción de los músculos abdominales e impiden hacer la palpación. Las manos deben calentarse porque si están frías provocarán la contracción muscular; las acercarán al abdomen, poniéndolas en contacto con la piel y no comenzando inmediatamente con presiones bruscas y profundas que despertarán el reflejo de defensa y la consiguiente contración muscular. La palpación debe ser lo más suave posible y debe iniciarse lejos del sitio donde el enfermo acusa el dolor. Con la mano derecha, con ambas o también colocando la izquierda sobre la derecha, iremos palpando cada una de las regiones del vientre hasta hacer su palpación total. La palpación será primero superficial y por ella nos daremos cuenta de la sensibilidad superficial, cosa muy importante, porque a veces el dolor es a flor de piel, es muscular, no tiene origen en los órganos profundos y se debe solamente a un estado de hiperestesia de los nervios de la pared abdominal que podrían simular una afección orgánica. Nos daremos cuenta del espesor de la pared abdominal, del estado de los músculos de la pared, de las hernias y eventraciones que ya han sido repara-

das por la inspección; de la mayor o menor contractura de esos músculos, signo muy importante cuando se acompaña de dolor en el punto de Mac Burney para la apendicitis; por último de la resistencia y elasticidad.

Una vez hecha esta palpación superficial pasamos a la profunda; poco a poco apoyamos con más fuerza los dedos sobre la pared abdominal y por movimientos adecuados buscamos la sensibilidad, resistencia y aumento de volumen de cada órgano.

En realidad no es la mano la que palpa sino los dedos, cuya sensibilidad es más delicada y por presiones sucesivas palparemos la fosa ilíaca izquierda remontándonos por ese lado siguiendo el trayecto del colon descendente, llegaremos al ángulo cólico izquierdo, pasaremos al epigastrio, donde nos detendremos para buscar algún punto doloroso cuya localización estudiaremos después, y así sucesivamente, hipocondrio, flanco y fosa ilíaca derecha, región umbilical e hipogastrio, habremos completado la palpación general del abdomen, no dejando ningun punto por examinar.

No podemos aquí entrar al estudio de la palpación especial de cada órgano; hay una palpación especial del estómago, intestino delgado y grueso, una muy especial para el hígado, otra para los riñones de la que nos ocuparemos en otra conferencia.

Me he detenido con algún detalle en la palpación del abdomen por ser el medio más útil de examen del vientre, los datos que da una buena palpación no pueden ser comparados con ningun otro método, y ésta forma de proceder unida al interrogatorio y a veces el examen con rayos X, por medio del bismuto, son los métodos más eficaces para llegar a un buen diagnóstico.

Percusión. — La percusión no tiene en el examen del abdomen la importancia que reviste en el examen del tórax; por su intermedio, encontramos una matitez circunscripta al sitio donde la palpación nos ha demostrado un tumor, un quiste, una ascitis. Les recordaré que en el hipogastrio puede dar

matitez una vejiga llena de orina, que simulará perfectamente un quiste del ovario, que lo mismo nos dará matitez un embarazo que podría confundirse con un fibroma del útero.

También encontraremos matitez en los tumores del ciego, en todos los tumores que partiendo de órganos, tales como el hígado, bazo, riñones, invaden la cavidad abdominal; pero como he dicho, la percusión de cuya manera de proceder tienen idea al hablar de la percusión del tórax, no puede darnos datos tan preciosos como los que da la palpación.

Como para ésta existe una percusión especial para cada órgano, las que no entraremos a detallar por salir del cuadro de esta conferencia.

La auscultación no da mayor datos y puede decirse que practicamente no es usada.

Un medio de examen que ha avanzado mucho en estos últimos años, es la radioscopía y radiografía del abdomen y sobre todo del estómago e intestino, gracias a la comida opaca de carbonato de bismuto o sulfato de bario, pueden conseguirse datos preciosos para el diagnóstico de las afecciones del aparato gastro intestinal.

Quisiera ahora darles una idea somera sobre el síntoma dolor, como guía para el diagnóstico de las afecciones abdominales; el dolor es a menudo el único y primer síntoma que hace que el enfermo vea al médico y a menudo después de un detenido examen no nos queda otra cosa que el relato que el enfermo hace del carácter de su dolor, de su ubicación y de su duración. Si tendríamos que dar un ejemplo recordaríamos esos enfermos que de tiempo en tiempo son atacados súbitamente por cólicos, dolores agudísimos que partiendo de la región epigástrica, o del hipogastrio se irradian hacia la derecha y atrás, también hacia el hombre derecho, enfermos que se revuelcan por efecto del dolor, que pasan así varias horas hasta que una inyección de morfina los calma y por último no queda rastro alguno, sin embargo, más tarde aparece una ictericia por retención biliar, debido a un cálculo enclavado en el canal colédoco y hacemos diagnóstico de litiasis biliar.

El dolor puede ser general o local, puede tener otras características que ya Vds., han estudiado y que amenudo el enfermo describe de una manera gráfica.

El dolor generalizado amenudo de origen intestinal, cólicos; otras veces es un dolor que ha sido local primero para hacerse luego general como el cólico renal, que comenzando en la región lumbar tiende a invadir todo el abdomen, como en el caso de peritonitis por perforación del apéndice, que iniciándose en la fosa ilíaca derecha se extiende a todo el abdomen. Y esto nos lleva a decir unas palabras de los dolores localizados algunos de los cuales son tan característicos que tienen un punto del abdomen más doloroso, puntos especiales que es necesario conocer.

Entre los dolores localizados tenemos los de la región epigástrica, que pueden ser debidos a simples indigestiones, gastritis, con frecuencia constipación, diarreas, congestión gastro-hepática en enfermos del hígado y cardíacos, litiasis biliar, úlcera del estómago, cáncer del mismo, por afecciones de órganos alejados, como el apéndice, el pericardio y neurosis gástrica por hiperestenia del plexo solar.

Dolores del hipocondrio derecho, en su gran mayoría debidos a afecciones hepáticas; congestiones, cálculos biliares, con mucho menor frecuencia alguna de las causas enunciadas en el dolor epigástrico, apendicitis, pleuresías derechas, etc.

Dolores de la fosa ilíaca derecha, causa principal apendicitis, afecciones de ovarios y trompas en la mujer, el miedo a la apendicitis, la colitis muco-membranosa.

Dolores de la fosa ilíaca izquierda, como en la derecha afecciones tubo-ováricas en la mujer, embarazo extrauterino, inflamación de la S ilíaca por retención de materias fecales, colitis.

Como decía, hay algunos puntos dolorosos que son especiales a una enfermedad dada, así es muy conocido el punto de Mac-Burney, dolor que se provoca a una presión más o menos profunda en la parte media de una línea que va de la espina ilíaca anterior y superior al ombligo.

La zona pancreático-coledociana, si se traza una línea horizontal pasando por el ombligo y una perpendicular a esta pasando por el mismo punto tendremos un ángulo recto sobre cuya bisectriz hacia la derecha y a 4 o 5 cm., del ombligo se encuentra el punto pancreático, la zona que se encuentra entre la bisectriz y la perpendicular corresponde a la desembocadura del conducto pancreático y canal colédoco en el intestino, zona importante para las afecciones de las vías biliares y páncreas. Dos centímetros hácia afuera de esta misma bisectriz y su unión con la arcada costal (borde de la décima costilla) se halla el punto cístico.

El dolor que se despierta a la presión de éstos puntos, tiene muchas probabilidades de indicar una afección en las vías biliares, cabeza de páncreas o vesícula biliar.

Antes de terminar quiero darles unas nociones sobre el examen del hígado, que dada la falta material de tiempo, han de ser muy breves. Recordemos la situación del hígado, glándula que se extiende en todo el hipocondrio derecho y parte del epigastrio. A la inspección de esa región podemos encontrarla aumentada de volumen por agrandamiento del hígado (cirrosis hipertrófica) tumores, (cáncer de hígado), quistes hidáticos, etc.

Para la palpación emplearemos uno o varios de los métodos que pasamos a detallar.

Procedimiento de Chauffard. — El enfermo se halla en decúbito dorsal, como se ha dicho anteriormente para el examen del abdomen, se coloca la mano izquierda con la palma abarcando en la espalda el ángulo costo-lumbar, mientras que la derecha va subiendo poco a poco a medida que se hace respirar profundamente al enfermo, cuando el hígado está aumentado de volumen. haciendo una presión con la mano izquierda por detrás mientras presionamos con la derecha por delante un poco por debajo de la arcada costal, notaremos el borde del hígado; más o menos duro, siguiendo los movimientos respiratorios.

Procedimiento de Gilbert. — Colocar ambas manos por de-

bajo del hipocondrio de tal manera que ambos dorsos se opongan formando ángulo; hacer presión, mientras se hace respirar ampliamente al enfermo; si hay hígado grande, la mano izquierda percibirá primeramente el borde del hígado, después la derecha.

Procedimiento del pulgar de Glenard. — Se coloca la mano izquierda hácia atras, abarcando con el pulgar que queda libre la arcada costal; con la mano derecha se completa la palpación en la región epigástrica; en esta forma el pulgar de la mano izquierda y los dedos de la mano derecha percibirán el borde del hígado.

De la percusión del hígado, ya han estudiado la delimitación del borde superior al estudiar la percusión del corazón; el borde inferior se delimita, percutiendo ligeramente desde el abdomen y subiendo hacia arriba hasta la arcada costal.

No entraré en más detalles sobre examen funcional y radiográfico del hígado que no estarían dentro del programa que nos hemos trazado para este curso del Doctorado en Odontología.

Se comprende fácilmente dada la cantidad de órganos alojados en el abdomen, que pueden abandonar a veces su posición normal para hacer desplazamientos de consideración y las especiales funciones de cada uno de ellos, cuan difícil es hacer un correcto diagnóstico en algunos casos y cuan perfectomente ha sido llamado el abdomen, *la boite á surprise,* por los franceses, verdadera caja de sorpresa, ha dado más de una a clínicos y cirujanos eminentes; siendo incontable el número de errores que a pesar de un examen impecable, ha hecho cometer más de un caso de patología abdominal.

CAPITULO XI

Riñón. — Orinas (1)

Antes de comenzar a estudiar los diferentes métodos de examen del riñón y orina, es necesario que tengan una idea de su anatomía, histología, funcionamiento y su patología.

Vds. saben que el aparato urinario está compuesto de órganos, tubos y reservorios que llevan al exterior la substancia excretada, estos órganos son los riñones, los uréteres, que pone en comunicación aquellos con la vejiga, ésta que sirve de reservorio y que nos permite limitar a varias las micciones diarias ya que sin eso la orina fluiría continuamente.

Los riñones son dos: tienen la forma de un poroto, con su parte convexa dirigida hacia afuera y la cóncava hacia la columna vertebral pesan alrededor de 150 grs., miden 12 cms. de largo, 5 a 6 de ancho y 3 cent. de espesor, de consistencia bastante dura, están colocados en la región posterior de la cavidad abdominal; a ambos lados de la columna vertebral no exactamente paralelos a ésta, pues el polo superior se halla más cerca de la columna que el inferior; se extienden desde la 12.ª vértebra dorsal a la 3.ª lumbar, el riñón derecho se halla más abajo que el izquierdo sobre todo esta disposición es más notable en la mujer.

Los riñones se hallan fijados a la pared abdominal pos-

---

(1) Por el *Dr. Sixto Pastor,* médico del Hospital T. de Alvear, Jefe de Clínica de la sala 12ª.

terior por tres medios de sosten: 1.º El peritoneo que tapiza la cara anterior. 2.º Los vasos sanguíneos que entran y salen del riñón por su hilio, en la parte media de su borde interno. 3.º La cápsula fibroadiposa que envuelve completamente al riñón y es el medio de sostén más eficaz; esta cápsula está formada de una grasa muy fluida en la que baila el riñón y una membrana fibrosa que rodea a ésta; dividiéndose en dos hojas que pasan una por la cara anterior y otra por la cara posterior; estas dos láminas se reunen hacia arriba por encima de las cápsulas suprarrenales, fijándose al diafragma mientras que hacia abajo queda abierta, permitiendo los grandes desplazamientos que sufre el riñón en la cavidad abdominal, (nefroptosis).

Una vez que hemos separado al riñón de la grasa que lo envuelve, vemos que éste se halla envuelto a su vez por una túnica fibrosa, (cápsula) que se repliega después de haber tapizado el hilio en la pared de los cálices y basinetes; esta túnica es delgada y transparente y al estado normal se desprende con suma facilidad.

Si dividimos el riñón por un corte longitudinal, de manera que tengamos dos partes iguales, como medio poroto, veremos a simple vista que está constituído por dos sustancias; una medular de un rojo oscuro, que forma una serie de 10 a 12 conos, cuyos vértices convergen hacia el surco renal, son las pirámides de Malpighi; esta sustancia se halla estriada de bandas más claras, que corresponden a los tubos uriníferos que en número de 20 a 30 terminan por otros tantos orificios que vierten la orina en los cálices.

Rodeando a esta sustancia medular vemos otra de tinte más pálido, amarillento de 1 ½ centímetro de espesor y que envía prolongaciones entre las pirámides de Malpighí; a ésta se le ha llamado sustancia cortical y es la zona de los *glomérulos, tubos contorneados, ansas de Henle, etc.*

Con esto pasamos a describir como se halla formado un tubo urinífero, es decir un elemento completo donde se elabora la orina hasta su excreción.

GLOMERULOS. — En la sustancia cortical podemos notar una cantidad de pequeños corpúsculos esféricos de 2 a 3 décimos de milímetro de diámetro, está constituído por una red de capilares sanguíneos, apelotonados que son el punto terminal de una arteria aferente del glomérulo en el mismo sitio por donde ha entrado, todo este paquete vascular se halla rodeado por una membrana, (cápsula de Bowmann) de la cual uno de los polos deja entrar a la arteria aferente y eferente, y por el polo opuesto se continúa con el tubo contorneado, esta membrana se halla algo separada del paquete vascular en este punto, permitiendo la circulación de la orina.

TUBOS CONTORNEADOS — ANSAS DE HENLE. — Como hemos dicho la cápsula de Bowmann se continúa con el tubo contorneado por medio de una parte estrechada, (cuello del glomúrulo) el tubo contorneado como su nombre lo indica da una serie de vueltas, o mejor, ondula como serpiente en la sustancia cortical, hasta que al llegar a una de las prolongaciones de las pirámides de Malpighi en la sustancia cortical, (pirámides de Ferrein) se adelgaza y desciende en línea recta hasta llegar al límite de la sustancia medular en donde formando ansa vuelve a ascender ensanchándose, (ansa de Henle) vuelve a hacerse flexuoso y serpenteado, (pieza intermediaria de Schweiger-Seidel) y se echa en un tubo colector que al entrar en la pirámide de Malpighi se llaman tubos de Bellini, van a verter la orina en los cálices.

FISIOLOGIA. *Mecanismo de la elaboración de la orina.*— Ludwing fué el primero que sostuvo que el riñón funciona a la manera de un filtro, es decir que dejaba pasar el agua y sustancias que se encontraban en la sangre y que tenían que excretarse después de haber servido para el funcionamiento del organismo; pero esta teoría no ha podido ser aceptada porque: ¿cómo explicar que la orina sea ácida siendo la sangre alcalina? y ¿porqué la glucosa que se halla normalmente en ésta no aparece en la orina? Es entonces que se ha recurrido a una teoría mixta, (Heidenhain) es decir una de filtra-

ción al nivel del glomérulo y otra de elaboración, secreción en los tubos contorneados. En el primero pasarían el agua y sales minerales disueltos y en los segundos se segregarían las sustancias orgánicas, úrea, ácido úrico, etc.

Con todo hay autores que niegan esta doble función de filtración y elaboración, diciendo que todo es resultado de esta última operación que se efectuaría en los tubos contorneados, los glomérulos no tendrían otro rol que el de hacer progresar la orina en los tubos por medio de movimientos pulsátiles.

El papel que tiene la secreción de la orina en el funcionamiento del organismo es importantísimo y se describen habitualmente tres roles que pasamos a considerar.

Rol depurador. Los riñones constituyen los principales órganos depuradores del organismo, tan importantes son, que su falta de funcionamiento o su privación no son compatibles con la vida, pues el organismo se intoxicaría con los productos de desasimilación, trabajo celular y metabolismo alimenticio de los albuminoideos y sales minerales, al estado normal, todas estas sustancias son eliminadas con la orina, limpiando al organismo de todos esos productos tóxicos, lo mismo pasa con cualquier tóxico que si el hígado transforma el riñón elimina a veces tocándolo en su parte noble, (como en la intoxicación por el bicloruro de mercurio) dejando lesiones irremediables, igualmente con las toxinas microbianas y hasta con los mismos microbios, (bacteriurias) habiéndose encontrado el bacilo de la fiebre tifoidea, de la espiroquetosis ictero-hemorrágica y otros. Se comprenderá entonces la importancia de la función urinaria en su rol depurador de todas las sustancias tóxicas defendiendo así al organismo.

Rol regulador de la composición de la sangre. Este es otro papel importante de la función urinaria no exclusiva de los riñones, pues como en el anterior también depuran y regulan la sangre, el hígado, el intestino, los pulmones y la piel por donde como es sabido se eliminan muchas sustancias tóxi-

cas y no tóxicas; pero son los riñones quienes juegan el papel más importante, constituyen la vía de eliminación casi exclusiva de las sales minerales y de los productos azoados, resultado de la desasimilación de los albuminoides. En efecto la cantidad de cloruro de sodio eliminada por el sudor es mínima comparada con la que se elimina por la orina, y la totalidad de la úrea es eliminada por el riñón. Si una mayor cantidad de sal es administrada con los alimentos ésta pasará a la sangre y será eliminada en mayor proporción por el riñón, estableciendo así un estricto equilibrio; lo mismo pasará con las otras sustancias asi la glucosa cuando se halla en mayor cantidad que la normal en la sangre, (glicemia) se elimina por la orina, (glicosuria) uno de los síntomas de la diabetes, de esta manera la glicosuria viene a regular la composición de la sangre.

Rol regulador de la presión arterial. Por último otro papel importante de la función urinaria es el de regular la presión arterial.

Así un aumento en la presión arterial trae un aumento en la secreción urinaria es decir hay poliuria, con esto se disminuye la masa total de sangre y por consiguiente una disminución en la tensión arterial, al contrario la hipotensión trae como consecuencia una disminución en la cantidad de orina segregada, (oliguria) por consiguiente un aumento de la masa sanguínea y de hecho un aumento de la tensión.

Con esto queda explicado como funciona el riñón y el papel importante que la secreción urinaria tiene en el funcionamiento del organismo.

Examen clínico de los riñones

Este examen comporta el efectuado por los medios clásicos, inspección, palpación, percusión y otros más especiales como son el examen funcional del riñón y el análisis de la orina excretada.

Los riñones dada su situación anatómica, alojados en la parte posterior de la cavidad abdominal, escapan como facilmente se comprenderá a un examen directo, por eso la inspección da muy pocos datos generalmente y fuera de abcesos perinefríticos que podrían traer tumefacción en la región lumbar, otras veces tumores que son visibles por la parte anterior en la pared abdominal, casos raros como he dicho, la inspección poco puede dar en el examen del riñón.

Palpacion del riñon. La palpación en cambio es el medio precioso de que disponemos, se tomarán las mismas precauciones que para el examen general del abdomen, como hemos descripto en páginas anteriores, y una una vez puestos en buenas condiciones practicaremos uno o varios de los métodos clásicos de palpación renal, que pasamos a describir.

Método de Guyon. Enfermo en decúbito dorsal; examinador, del lado del riñón que se quiere explorar, se coloca una mano, (la izquierda para el lado derecho) abarcando con la palma la región lumbar, perpendicular a la columna vertebral, la otra en la pared abdominal anterior a 5 centímetros más o menos del reborde costal, el enfermo respira ampliamente y nosotros vamos haciendo más profunda la aplicación de la mano aprovechando el final de la expiración, con esto habremos llegado profundamente en el abdomen, entonces con los dedos de la mano izquierda daremos unos golpes en la región lumbar de manera que rechazamos al riñón hacia la parte anterior, esto se llama *peloteo;* normalmente no se apercibe nada, pero en caso de riñón grande o móvil lo percibiremos en mayor y menor grado, podremos darnos cuenta de su superficie y también de si hay dolor a la palpación.

Método de Glenard. En este se abarca con una mano el flanco del enfermo por debajo de la arcada costal, dedos hacia atrás, pulgar hacia adelante, completándose con la otra mano puesta en la parte anterior del abdomen el semicírculo así abarcado, haremos respirar al enfermo como en la maniobra anterior.

Otro procedimiento es el de decúbito lateral, el enfermo se acuesta sobre el costado que no se ha de examinar, el operador coloca una mano delante y otra detrás, buscando igualmente el peloteo.

Percusión del riñón. — La percusión del riñón es difícil y muy poco puede sacarse de ella pues por la parte anterior, está toda la masa abdominal que lo impide, por detrás, la más mínima contracción de los músculos da variaciones de timbre que se prestan a confusión.

Investigación de los puntos renales y uretrales

Cuando el riñón está enfermo puede determinarse a voluntad un dolor en ciertos puntos fijos que es útil conocer.

Tenemos dos puntos posteriores: 1.º el costovertebral situado en el vértice del ángulo formado por la última costilla y el borde externo de la columna vertebral; 2.º el costomuscular situado en el vértice del ángulo formado por la costilla y el borde externo de los músculos de la masa lumbar.

Se han descripto varios puntos anteriores: 1.º el punto subcostal, situado por debajo del reborde costal, en la extremidad de la 10.ª costilla; 2.º el punto ureteral superior situado en la intersección de una línea horizontal pasando por el ombligo y una línea vertical pasando por el punto de Mac Burney; 3.º el punto subintraespinoso hacia el interior y por debajo de la espina ilíaca anterior y superior; 4.º el punto inguinal situado al nivel del orificio externo y superficie del canal inguinal; estos son los principales, y si se encuentran de un solo lado indicarán cual es el riñón atacado.

Hay otros medios de examen que no entraremos a describir mencionándolos únicamente, el examen radiológico, el examen funcional del riñón, entre las que se encuentra la prueba de la eliminación del azul metileno, la prueba de los

cloruros, de la glucosuria alimenticia, la de la azoturia alimenticia, etc., que tienen técnicas muy especiales.

Examen de la orina

Una de las formas más eficaces y cómodas para reconocer muchas afecciones renales, la tenemos en el análisis de la orina, lógico de suponer desde que esta es la sustancia que el organismo por intermedio del riñón excreta y sus perturbaciones pueden dar la clave sobre el mal funcionamiento del órgano.

¿ De qué medios nos valemos para hacer un examen práctico de orina ?; al decir examen práctico nos referimos al que todos Vds. pueden hacer en un rincón del consultorio, con los medios más simples, dejando el examen completo y la investigación de ciertas sustancias a los laboratorios especializados.

EXAMEN FISICO DE LA ORINA. — *Cantidad*: Al estado normal la cantidad de orina emitida durante las 24 horas oscila entre los 1200 a 1500 gramos; para medirla pediremos al enfermo que reuna la orina desde la 2.ª micción de la mañana hasta la 1.ª del día siguiente, teniendo cuidado de no perder gota y que esta sea recogida en su totalidad, puesta en una vasija graduada; tendremos la cantidad de orina emitida en las 24 horas.

Cuando sobrepasa las cifras ante dichas se dice que hay *poliuria*, cuando está disminuída, *oliguria*, y en los casos en que no se consigue orina se dice que hay *anuria*, (esto suele suceder en ciertas intoxicaciones graves que traen nefritis agudas, estados intestinales graves, etc.).

Color: El color normal de la orina varía entre el amarillo ambar claro al rojizo, según su mayor y menor concentración, teniendo este último carácter la orina de la mañana; siendo la del día más clara; en general una orina pálida indica poliuria mientras que las rojizas indican oliguria. Cuan-

do las orinas contienen bilis toman un tinte caoba y si hay en gran cantidad y su espuma es amarillo verdosa.

Cuando la orina toma un color rojo sanguinolento puede contener sangre que es fácil revelar por medios químicos.

Transparencia: La orina puede ser límpida o turbia, en este último caso puede haber sales minerales no disueltas, (fosfatos, carbonatos, uratos) o sustancias orgánicas, pus, células, microbios, levaduras, glóbulos rojos, etc., cuando estas sustancias abundan hay sedimento más o menos importante.

Este puede ser blanco, (fosfatos, carbonatos, células epiteliales, pus, a veces ácido úrico).

Negruzco, (sangre alterada y pigmentos).

Rojizo, rojo, naranja, rojo ladrillo, (ácido úrico, uratos de amoniaco, soda o potasa).

Rosado y rojo moreno, (sangre).

Acidez: La orina recién emitida es ácida normalmente, debido a los fosfatos ácidos y a trazas de ácidos grasos y aromáticos. Esta puede buscarse por medio del papel de tornasol, (papel azul se torna rosado).

Cuando ha pasado algún tiempo después de su emisión, las orinas se tornan alcalinas. Las orinas purulentas son a menudo alcalinas; algunas enfermedades como la gota y diabetes aumentan la acidez.

Densidad: La densidad de la orina depende de las materias que esta tiene en suspensión, esta varía entre los 1015 a 1022 a 15° centígrados; para medirla basta colocar la orina en una probeta larga y se usa un aparato especial (úreodensímetro) graduado de 1000 a 1025 y otro de 1025 a 1050, algunos se hallan provistos de un termómetro con lo cual se tiene la temperatura de la orina.

Hay densímetros graduados de 1000 a 1050; cómodos, pues no hay que usar sinó un aparato, la diferencia de temperatura es más o menos de 15°, no tiene gran valor en nuestros climas, practicamente la densidad poco varía a la temperatura del laboratorio.

Las orinas son muy densas en la diabetes, llegando a 1040

y más, en la asistolia, en las nefritis agudas, y en todas las enfermedades agudas.

Las orinas son poco densas en las crisis urinarias, (convalescencia de enfermedades agudas) en las orinas nerviosas, en algunas nefritis crónicas, etc.

La densidad de la orina puede servirnos para tener una idea de la cantidad de materias fijas eliminadas; bastará multiplicar las dos últimas cifras del peso específico por 2.23, para tener la cantidad de gramos de residuo fijo que hay en un litro de orina.

Olor: El olor de la orina, es muy especial, de todos conocido, ligeramente aromático, se le ha llamado sui géneris, en caso de reacción alcalina, por fermentación en la vejiga o en el recipiente es amoniacal más o menos intenso, sabido es que pueden también pasar a la orina sustancias que le dan otro olor, muy conocido el que se produce por la ingestión de espárragos.

Constituyentes normales de la orina. — Si tomamos un litro de orina y evaporamos el agua, nos quedará un residuo sólido de alrededor de 40 grs., si este residuo se calcina quedará un tercio de aquella cantidad como cenizas, la parte que desaparece por calcinación está compuesta de sustancias orgánicas, en su mayor parte úrea, las cenizas son sales minerales.

Damos a continuación una tabla de los principales constituyentes y sus cantidades:

Agua 1000 cm^3.

Total materias sólidas. . . . . . . 40 a 65 grs.

descompuestas así:

Sales minerales: peso total. . . . . 15 a 25 grs.

que lo constituyen:

Cloruros, (sobre todo de sodio). . . 10 a 15 grs.
Fosfatos. . . . . 2 a 4 „
Sulfatos. . . . . 2 a 4 „

Sustancias orgánicas: peso total . . . . . 25 a 40 grs.
que lo forman:
Urea. . . . . 20 a 30 grs.
Acido úrico, uratos. . . . . 0.50 c. a 1 gr.
Amoniaco, sales amoniacales. . . . . 0.50 a 1 gr.

Estos elementos varían según la alimentación, los que abusan de la carne y albuminoideos eliminarán más úrea, los vegetarianos tendrán más cloruros porque habitualmente se salan más las verduras que la carne, los que están a régimen de leche, tendrán poco cloruro de sodio y poca úrea; lo mismo podrán varias por otras causas, el ejercicio, el trabajo, el método de vida, pudiendo tener diferencias notables de un día a otro.

Descontadas estas causas fiosiológicas, tenemos las causas patológicas, que hacen variar los componentes, normales de orina.

No entraremos a detallar los diferentes métodos de investigación de estas sustancias que comportan exámenes largos y delicados, imposibles de hacer en el consultorio, además la variación fisiológica que pueden tener estos componentes normales de la orina le restan mucho de su importancia, sobre todo sinó se hacen controlando la alimentación del sujeto, género de vida, etc.

Constituyentes anormales de la orina. — Importancia mayor tienen el estudio de los elementos anormales de la orina, que pueden ser investigados rápida y fácilmente y cuya presencia indica siempre un estado patológico de mayor o menor seriedad.

Entre las sustancias anormales de mayor significación se encuentran la albúmina y la glucosa, cuyos métodos de investigación estudiamos más adelante.

Veamos ahora que conclusiones podemos sacar del examen de la orina por reactivos sencillos y cómodos como son

el calor que puede hacerse con la lámpara de alcohol, el ácido acético y el ácido nítrico.

Para calentar la orina colocaremos ésta hasta dos tercios de un tubo de ensayo, que tomaremos entre los dedos por su parte inferior, acercaremos a la llama su parte superior y veremos el resultado. (La orina ha sido filtrada previamente).

1.° Si la orina es turbia y se aclara por el calor, indica que contiene uratos en abundancia, ácido úrico.

2.° Si la orina es turbia y se exagera por el calor, indica albúmina o pus.

3.° Si la orina es clara y se enturbia por el calor, albúmina, si la orina es ácida; si la orina es neutra o alcalina puede ser albúmina o sales, (fosfatos de cal y magnesio, carbonato) disueltos por el ácido carbónico que el calor ha puesto en libertad.

Examen de la orina por los acidos. — *Acido acético.* Al 10 %.

1.° Si son turbias y se aclaran por unas gotas de solución de ácido acético, (3 a 10 %) indica fosfatos.

2.° Si son turbias y este aumenta, indican que hay pus.

3.° Si son claras y enturbian, hay que buscar albúmina. (hay albúminas que se disuelven en una mayor cantidad de reactivo, albúminas acetosolubles).

Acido nítrico: Puede colocarse la orina en una copa cónica y una vez colocado el embudo que toque su fondo, verter con cuidado hasta 4 o 5 cent. cúbicos de ácido nítrico puro, este quedará abajo subiendo la orina, entre ambos líquidos quedará una línea bien neta de separación.

También y más rápidamente puedan colocarse 3 o 4 cm³ de orina en un tubo de ensayo, luego se hace resbalar la orina que se filtra lentamente en el embudo por las paredes del tubo hasta que haya igual cantidad de orina, se tendrá buen cuidado de que la orina vaya poco a poco y no bruscamente a depositarse sobre el ácido nítrico, tendremos como en el caso anterior una línea de separación que nos indicará:

Si se forma un anillo ligeramente rojizo, orina normal.

Si forma un anillo blanco espeso, indica albúmina, este debe estar en la línea misma de separación del reactivo con la orina, (se le llama reacción de Heller); es muy importante y bastante característica de la albúmina.

Puede haber dos causas principales de error, el anillo no es tan espeso y se encuentra un poco más arriba de la línea de unión, esto pasa cuando la orina contiene uratos, en caso de encontrase los dos diremos albúmina y uratos.

La otra es que puede formarse en caso de abundancia de úrea en la orina, un anillo de nitrato de úrea, pero este es cristalino, notándose bien los pequeños cristales y no tiene la apariencia casi pulverulenta del anillo de albúmina.

Puede formarse también un anillo verde con otros amarillo y rojizo sobre puestos, esto indica que hay pigmentos biliares. (reacción de Gmelin).

Si por debajo del ácido nítrico se forma un anillo azul negro, debe pensarse en el indican.

Pero la reacción más importante es la de la albúmina, muy sensible, muy fiel y fácil de comprobar.

En caso de querer dosar la cantidad de albúmina hallada podemos recurrir al método de Esbach; sencillo y práctico.

Se dosa con el albuminómetro de Esbach; este es un tubo graduado que semeja un tubo de ensayo, con una señal U. hasta donde se coloca la orina a examinar, llenando hasta la señal R. del reactivo de Esbach.

Acido pícrico.	1	gramo.
Acido cítrico.	2	,,
Agua destilada.	100	,,

Se tapa el tubo con tapón de goma y se mezcla la orina al reactivo dándole varias vueltas, se deja reposar en posición bien vertical durante 24 horas Si hay albúmina se forma un depósito pardnzco, tanto mayor cuanto más cantidad de albúmina haya.

Recordaremos que la albúmina es generalmente debida a la presencia en la orina de dos sustancias albuminoides del suero sanguíneo; la serina y la globulina.

Siempre que aparezca albúmina en la orina se trata de un producto patalógico, indica lesión renal en mayor o menor grado,el riñón deja pasar la albúmina del suero sanguíneo. Sin embargo es necesario recordar algunas causas de error importantes, habrá siempre albúmina en el caso que la orina contenga sangre o pús; en efecto un litro de suero encierra 80 grs. de albúmina.

La serosidad del pús contiene también albúmina aun que en menor cantidad.

Hay otros métodos para investigar la albúmina en la orina pero para las necesidades prácticas en la clientela, basta saber buscarla con los métodos enunciados, el color, el ácido nítrico en frío y el dosage por el reactivo de Esbach.

Pasaremos a invesigar el otro elemento patológico de gran importancia: la glucosa.

Cuando la absorción, elaboración y asimilación de los hidratos de carbonos, (azúcares,harinas, etc.) se halla alterada, estos pasan a la sangre bajo forma de glucosa, (dextrosa) en su mayor parte y son eliminados por la orina en mayor y menor cantidad, (glicosuria).

Si el organismo absorbe una gran cantidad de glucosa, más allá del límite que este puede almacenar en el hígado y en los músculos, la glucosa sobrante pasará a la sangre y de allí a la orina, (glicosuria alimenticia) que se encuentra en las personas normales.

Pero cuando el organismo por un estado normal especial no puede cumplir el rol asimilador y transformador de los hidratos de carbono, bastan pequeñas cantidades para que la glucosa pase a la sangre, (hiperglicemia) y de allí a la orina.

Para investigar la glucosa en la orina podemos echar mano del método de Fehling, (licor cupropotásico).

Se tiene dos soluciones, una de:

I. —	sulfato de cobre.	40 grs.
	agua destilada.	200 cc.
II. —	Potasa cáustica.	80 grs.
	ácido tártrico puro.	105 ,,
	soda cáustica.	130 ,,
	agua destilada.	400 ,,

Se mezclan las dos soluciones I y II y se hacen hervir durante 10 minutos, se enfría y agrega agua destilada hasta 1 litro, este es el licor de Fehling.

En el comercio se expenden las dos soluciones por separado, que se unen al usarlas.

Para efectuar la reacción, se toman 3 cm^3 de licor de Fehling; si se trata de las dos soluciones por separado 1 cm. y ½ de cada una, se calienta hasta hervir; en otro tubo de ensayo 3 cm^3 de orina, que haya sido filtrada y que no contenga albúmina, (en este caso se precipita por el calor y ácido acético diluído, se filtra).

Se va agregando poco a poco el reactivo sobre la orina, si hay glucosa se forma un precipitado rojo ladrillo más o menos intenso, yendo a veces hasta el caoba.

En caso que el precipitado sea verde amarillento o sucio, y que se forma lentamente por enfriamiento, no puede afirmarse la presencia de glucosa.

Su ausencia se manifiesta porque el color azul del reactivo no cambio y la orina queda transparènte.

El dosage de la glucosa puede hacerse por varios métodos, siendo el más práctico y sencillo el que pasamos a describir.

Se sabe que 10 c.c. de licor de Fehling son totalmente reducidos por 5 centígramos de glucosa, es decir que esta cantidad precipita completamente la sal de cobre y por consiguiente el líquido que sobrenada se vuelve incoloro.

Se pone en un frasco 10 cm^3 de licor de Fehling, se hace

hervir, luego se le va agregando poco a poco orina que ha sido colocada en una bureta graduada. Se forma un precipitado que se hace cada vez más abundante, se deja de agregar orina cuando la mezcla ha perdido completamente el color azul del reactivo, se ve que cantidad de orina ha sido necesaria para precipitar todo el líquido de Fehling, esta cantidad de orina contiene exactamente 5 centígramos de orina; basta calcular lo que corresponden para un litro de orina. Supongamos que hayamos necesitado 10 cm^3 de orina para reducir completamente el licor de Fehling, sabremos que 10 cm^3 de esa orina contienen 0,05 ctg. de glucosa, como un litro de orina contiene 100 veces 10 cm^3; multiplicaremos 0,05 x 100 lo que nos dará 5 grs. de glucosa por litro.

Si en lugar de diez nos hubiera bastado un centímetro cúbico tendríamos 50 grs. de albúmina por litro de orina.

Con esto hemos terminado con esta idea somera de lo que puede ser un examen rápido y práctico de orina, ciertamente que quedan muchas lagunas que llenar pero no podemos extendernos más en esta hora de conferencia sobre un tópico que bien desarrollado necesitaría un volumen, pero consideramos que dentro del programa que nos hemos trazado con lo explicado, basta para hacer un examen en el propio consultorio, sin perjuicio de pedir un análisis completo a los laboratorios especializados en caso de necesidad.

CAPITULO XII

Sistema nervioso

Parálisis

La parálisis significa: privación de la capacidad de movimiento, privación de función de un músculo.

Tiene diversos nombres, según la intensidad y según su repartición. Cuando la parálisis es poco acentuada es una paresia. Así, paresia de un miembro significa que el movimiento en ese segmento está reducido pero no anulado; parálisis, cuando está absolutamente imposibilitado.

Tiene diversos nombres, según las regiones que afecta. Cuando se trata de un solo miembro paralizado es una *monoplegía*. Se llama *paraplegía*, cuando son dos miembros los paralizados. La cuadriplejia es la parálisis de los cuatro miembros. Y hemiplegía, hemiparesia, la parálisis completa o incompleta respectivamente, de una mitad del cuerpo.

La parálisis tiene dos tipos generales: las parálisis funcionales y las orgánicas.

Las parálisis funcionales son aquellas en las cuales los estudios más minuciosos no demuestran la existencia de una lesión en la parálisis que se observa.

Parálisis orgánica es aquella en que existe una lesión concomitantemente.

La parálisis se divide según el estado de sus reflejos.

Según que los reflejos estén exaltados o disminuidos o abolidos, se dice que la parálisis será flácida o con contractura, respectivamente.

Otro punto que deben considerar en el estudio de la parálisis es la localización, esto es, inducir donde se encuentra la causa original. Es bueno decirles en pocas palabras lo que constituye el sistema nervioso motriz: de la capa motriz del cerebro parten fibras que convergen poco a poco, que después se constituyen en forma de haces, que luego descienden a lo que se llama el mesencéfalo, y por fin) van a ocupar posiciones determinadas en la médula con el nombre de haces piramidales. Estos haces nerviosos que emanan de las células piramidales o motrices del cerebro, constituyen haces convergentes que llegan a unirse en forma de manojos definidos, que se entrecruzan paulatinamente, distribuyéndose en los diversos segmentos del eje nervioso, de cuyos cuernos anteriores parten fibras que se repartirán en la periferia del organismo. En el eje cerebro-espinal debemos considerar tres grandes segmentos: el encéfalo (con su región cortical y subcortical, la cápsula interna, el tálamo, etc); el mesencéfalo, que comprende los pedúnculos cerebrales, la protuberancia y el bulbo, y donde las haces motrices que constituyen los pares nerviosos craneanos, se van disgregando de todo el gran haz motriz y se entrecruzan para distribuirse inmediatamente; y el segmento espinal que comprende la parte inferior del bulbo y la médula, a cuyo nivel, salvo una pequeñísima parte, se decusa o entrecruza todo el gran haz motriz llamado haz piramidal.

Todas las lesiones de este haz piramidal desde la corteza a la médula se traducen en hemiplegias, que tienen diversos caracteres y en general podemos considerar que existen parálisis orgánicas por lesiones en el encéfalo, en el mesencéfalo y en la región espinal, las cuales tienen razgos distintivos.

Pero antes de pasar al diagnóstico causal y de localización

tenemos que decir dos palabras sobre las hemiplegias flácidas. Tienen una marcha especial los individuos que las presentan: el brazo paralizado pende a lo largo del cuerpo, completamente flojo, la pierna no presta gran apoyo al cuerpo cuando el individuo camina y la apartan lo mismo que si fuera una pierna artificial.

Las hemiplegias flácidas se ven en la práctica muy pocas veces, ellas se sustituyen con las hemiplegias en contractura. La posición es distinta, según que adopten el tipo en extensión o en flexión. En el tipo de extensión todos los segmentos de los miembros paralizados, están en extensión forzada, pero el tipo en extensión es el que menos frecuentemente se encuentra en la práctica.

El tipo corriente es el de contractura en flexión, en la cual la posición del miembro superior es la siguiente: el antebrazo flexionado sobre el brazo, la mano flexionada sobre el antebrazo y rotada sobre su eje. La pierna adopta la misma posición; el muslo flexionado sobre la pelvis, la pierna sobre el muslo pero el pie extendido y en rotación interna sobre su eje.

Ahora tienen que estudiar como se diferencia una parálisis orgánica de una funcional.

En la parálisis funcional van a encontrar muy pocas veces o nunca, trastornos tróficos de cualquier índole que fueran; raras veces hay fenómenos esfinterianos, es decir, una incontinencia de orina y materias fecales; generalmente la parálisis es fugaz y no presentan las sincinesias y fenómenos asociados. Los reflejos están muy poco alterados y cuando están alterados están en menos, es decir disminuídos.

En la parálisis orgánica no solamente hay alteración de los reflejos que están exaltados por lo general, sinó que aparecen también trastornos tróficos y frecuentemente hay trastornos cerebrales y se podría decir que el individuo reduce su "garra" intelectual. No es raro que presente afasias, sobre todo cuando la hemiplegia se exterioriza sobre el lado derecho, porque se lesionan los centros de la articulación de la

palabra que asientan en parte de las circunvoluciones frontales izquierdas. Fuera de esto hay otra circunstancia que la caracteriza: son las sincinesias o movimientos asociados. Las sincinesias de las parálisis orgánicas, son muy fáciles de poner en evidencia.

Una de ellas se estudia aplicando la mano de uno en la mano sana del enfermo, para que contraiga los músculos de ella en un fuerte apretón de manos. El enfermo debe estar sentado: el miembro inferior paralizado presenta un pequeño movimiento, de propulsión hacia arriba en dichas circunstancias.

Otra sincinesia es la siguiente: el enfermo acostado en cama cruza sus brazos y trata de sentarse en el plano de la cama con ayuda de sus propias fuerzas: se levantará del plano de la cama la pierna paralizada.

Ahora dos palabras para indicarles como se ubica el punto original de la parálisis que uno considera.

Todas las parálisis encefálicas son cruzadas. ¿Qué quiere decir parálisis cruzadas? Quiere decir, que la lesión original está en un lado del encéfalo; su exteriorización por la parálisis en el otro. Y como toma al haz piramidal en su nacimiento o en su primera sección, antes de desprender los nervios craneanos y antes también de entrecruzarse éstos, (los que lo hacen como sabemos, recién en el mesencéfalo), encontrarán que esta parálisis abarca cara, miembros superiores e inferiores de un mismo lado. Repetimos, en la cara habrá parálisis del mismo lado que en los miembros. Las *lesiones de mesencéfalo traen parálisis alternas.* ¿Qué se entiende por parálisis alterna? Son aquellas en que la lesión está en un lado y la parálisis de los miembros del otro, pero además existe este hecho curioso: siempre habrá algún fenómeno paralítico de la cara de un lado, pero en los miembros será del otro, pues la lesión mesencefálica interesará una o más pares craneanos después de entrecruzarse y el haz piramidal que se distribuye en los miembros antes de su cruzamiento.

Las parálisis espinales son todas parálisis de los miembros, porque ya los nervios craneanos se han cruzado y han salido del cráneo para distribuirse mucho más arriba.

Ahora respecto a las causas de la parálisis se pueden considerar muchísimas. En primer lugar a las infecciones y sobre todo la lúes. Casi siempre la lúes entra como causa originaria de la parálisis; sobre todo aquella parálisis de la gente joven, que aparece de golpe, por un ictus; debe hacer pensar en la lúes como causa original, sobre todo en el período secundario y terciario.

La tifoidea con cierta frecuencia origina también parálisis, así como la neumonia, el sarampión, la varicela, la escarlatina, el paludismo, la rabia, etc.

Las intoxicaciones como la diabetes, la uremia, pueden también causarlas.

Después de las intoxicaciones deben considerar las afecciones circulatorias y entre ellas las lesiones de la aorta; las endocarditis mitrales, las endocarditis aórticas, las aortitis. Un coágulo obstruye una arteria cerebral y origina parálisis por el mecanismo de la embolia, en la mayoría de éstas afecciones.

Sensibilidad

El estudio de la sensibilidad debe hacerse según sea ella, subjetiva u objetiva.

La sensibilidad subjetiva es muy importante y sus trastornos revisten diversas formas, entre ellas las neurálgias.

La palabra neurálgia debe reservarse para el dolor en la zona de distribución de un nervio cualquiera: el nervio trigémino, el facial, neuralgia a lo largo del ciático, etc.

Cuando una neuralgia se acompaña de transtornos tróficos, por ejemplo un herpes, no es ya una neuralgia sinó una neuritis.

La polineuritis es aquella neuritis en que están atacados

varios o muchos troncos nerviosos los que son dolorosos y pueden ir acompañados de trastornos tróficos, como ocurre en muchas intoxicaciones. Por ejemplo la polineuritis alcohólica, diabética, etc.

Los dolores fulgurantes de los tabéticos son muy característicos. Aparecen con instantaneidad, duran una fracción de tiempo pequeño o se instalan con caracteres subintrantes. Son muy intensos, provocan una sensación bien definida con el nombre de fulgurantes pues generalmente corren a lo largo de los miembros, sobre todo los inferiores, aun cuando a veces se instalan con caracteres bastante permanentes en forma de dolores en la cintura, semejando a una ansa de hierro, a un garfio que apretara y dislocara los flancos y los hombros.

El dolor de cabeza o cefalalgia puede ser difuso o localizado.

La cefalalgia es un síntoma muy importante.

En general la cefalalgia localizada lo es a las regiones frontales o parietales. Las difusas predominan algo sin embargo en la región occipital y en la bóveda del cráneo.

Tiene una importancia grande en las infecciones: sarampión, escarlatina, en la tifóidea en su período de iniciación.

Saben que en la sífilis tiene una importancia extrema: aparece por las tardes como todos los dolores de la sífilis: son dolores muy intensos por lo general, pero a veces son sordos y tenaces. La cefalalgia nocturna debe hacer pensar en lúes, aun cuando no es ésta una regla sin excepciones.

Además de éstas formas de cefalalgias hay otras que interesan mucho, la de los individuos intoxicados, por ejemplo los constipados que no son más que intoxicados intestinales, tienen cefalalgias generalmente vesperales. Los azoémicos antes de tener su cuadro completo presentan una cefalalgia, más o menos tenaz y constante, con tendencia al sopor y al embotamiento intelectual.

En cuanto a la sensibilidad tactil, por ejemplo, se estudia tocando levemente las diversas partes de la superficie cutá-

nea a lo largo de los miembros, en el dorso, en el pecho, en el abdomen buscando sus modificaciones con una cierta sistematización en el examen. La mejor manera de estudiarla es tocando con el extremo de una pañoleta, con un papel tenue, etc., no debe tocarse con objetos fríos porque puede la sensibilidad térmica confundirse con la tactil. Deben usar hilachas de hilo, no una punta de alfiler como usan algunos. De manera que con la punta de un delantal, con un trapo cualquiera tocarán ligeramente, y de esa manera no entra en juego la sensibilidad térmica ni la dolorosa, ni la de presión. La tactil es importante. Frecuentemente en las histéricas pueden haber puntos o zonas de anestesia; en los tabéticos en la cintura. a lo largo de los miembros inferiores, en la cara interna de los brazos y antebrazos, etc., se encuentran zonas anestésicas o hipoestésicas y frecuentemente en las hemiplegias se asocian zonas alteradas de la sensibilidad tactil a los fenómenos motores.

Muy interesante es la sensibilidad dolorosa. Deben buscarla mediante la punción ligera por medio de un alfiler o cualquier artículo punzante.

En las hemiplegias es común que haya alteraciones de la sensibilidad dolorosa y en el tabes ocurre lo mismo. Donde es muy interesante es en la lepra en que se observa con frecuencia una anestesia dolorosa y térmica en las extremidades o aun en otras zonas del cuerpo; muslos, piernas, etc.

La sensibilidad térmica es importante sobre todo en los diversos cuadros proporcionados por la lepra.

En los leprosos existe con toda frecuencia la anestesia térmica de las extremidades sobre todo y no es raro observar que los leprosos fumando se queman los dedos y sólo notan el hecho por el olor de la cauterización pero no por su sensibilidad térmica.

Hemos visto a un capataz de una estancia de Corrientes tomar tizones enormes ardiendo los que nadie era capaz de agarrar, y no sentir absolutamente nada, con sus extremidades

enfermas. Estos hechos deben tenerse bien presentes, pues entre nosotros cada vez es menos rara la lepra.

No nos ocupemos de la sensibilidad eléctrica y muscular porque sería extralimitarnos.

No ocurre así con otros hechos que tienen gran importancia: la sensibilidad profunda, la sensibilidad ósea, etc.

El individuo tienen conocimiento de todos los movimientos musculares, no solo por la vista; sinó mediante el acúmulo de todas las sensaciones que vienen del organismo. De todas partes se originan sensaciones las que el cerebro percibe y ellas contribuyen a darnos la moción de nuestra posición en el espacio, de nuestro tonus muscular, etc.

De una porción de sensaciones complejas, pues, se origina la sensibilidad muscular, la sensibilidad estereognósica y de los objetos y la sensación del espacio, etc.

La sensibilidad a la presión se estudia por estesiómetros especiales, aparatos llamados barestesiómetros.

La sensibilidad a la presión aparece disminuida en ciertos individuos, por ejemplo, en los tabéticos y en los leprosos. que además tienen disminuída o abolida la sensibilidad térmica, como bien lo sabemos.

En los tabéticos la sensibilidad ósea aparece casi disminuída o abolida, y para estudiarla en ellos y en general, se recurre a la aplicación de un diapasón que vibra, al hueso cuya sensibilidad desease estudiar, por ejemplo: la tibia.

La sensibilidad estereognósica da la idea general de forma o peso de los objetos.

La sensibilidad estereognósica puede ser primaria o secundaria. Primaria es la sensibilidad de las dimensiones por ejemplo: de longitud, de anchura, etc.; secundaria es cuando se refiere a un objeto tomado en su conjunto y en cuya apreciación entran dos o más dimensiones.

A veces la sensibilidad, sea cualquiera su forma se revela como alteraciones diversas, sea de la térmica, dolorosa, tactil, etc., etc.

Hay así anestesia térmica, anestesia a la presión, aneste-

sia estereognósica, etc., etc. Significa disminución completa de la sensibilidad respectiva en un segmento dado. La anestesia, aparece en forma de placas, a veces muy regulares. Cuando la sensibilidad está disminuída sin estar abolida, se dice que hay hipoestesia.

Cuando el dolor no se percibe, se llama analgesia, o lo que es lo mismo falta de dolor.

Hay un tipo que se llama anestesia disociada, en la cual no todas las formas de sensibilidad están alteradas. Existe en el tabes a veces una conservación de la sensibilidad tactil estando la sensibilidad dolorosa abolida o disminuída y la sensibilidad visceral también.

En la lepra con mucha frecuencia ocurre algo muy parecido.

La hiperestesia significa un aumento de la sensibilidad. Es muy común en los individuos que tienen un síndroma talámico, observar la hemiplegia y la hiperestesia en un mismo lado del cuerpo.

En los sujetos meningíticos en las mielitis, mielitis tranmática se observa hiperestesia cuyo detalle sin embargo escapa al estudio elemental que nos ocupa.

Otras alteraciones importantes son los llamadas hiperalgesias o exacerbación de la sensibilidad dolorosa.

La parestesia significa una alteración tal de la sensibilidad que el individuo en lugar de sentir el dolor en el sitio en que se lo provoca lo siente en otro, por ejemplo o cuando una excitación capaz de provocar una clase dada de sensación provoca otra.

Las alteraciones viscerales son muy importantes y casi todas ellas se relacionan al síndroma que se llama tabes.

La sensibilidad visceral testicular se reconoce, comprimiendo un testículo, lo que provoca siempre dolor, así como también la compresión del ovario provoca dolor en la mujer Siempre que ésta sensibilidad esté alterada, se la debe considerar como signo presunto de tabes.

La sensibilidad visceral se estudia a la altura de los ojos los que normalmente son dolorosos a la compresión. La anestesia de los glóbulos oculares tienen igual valor que la de los testículos u ovarios.

CAPITULO XIII

Secreciones internas

Es interesante recapitular lo que les puede convenir sobre las secreciones internas, tan estudiadas en los últimos años.

Las gándulas de secreciones internas se llaman así por varias razones; entre ellas porque su secreción no se elimina al exterior, sinó hácia la sangre. No tienen pues un conducto de salida o de colección; es absorbida la secreción por la sangre. Estas secreciones no producen anticuerpos.

Cuando se introduce en un organismo vivo un cuerpo extraño, el organismo trata de asimilarlo o defenderse de él mediante la producción de anticuerpos. Las secreciones internas no obran a la manera de un antígeno, ya que no producen anticuerpos, no originan movimientos de defensa y son perfectamente asimiladas. La especificidad de los líquidos de secreción interna en todos los animales es también característica.

Así se encuentra adrenalina en toda la escala zoológica. con todos sus caracteres propios y llenando la misma función. Y otro tanto se diría de los productos de las demás glándulas de secreción interna.

Existe además de la especificidad de acción de una determinada glándula, en toda la escala zoológica. la de *origen*, es decir, cada uno de estos principios llámese adrenalina, secreción interna testicular, etc., es específica en cuanto se refiere a su origen, pues se produce a la altura del testículo,

ovarios, tiroídea, etc., en el hombre, o en una rata blanca, que es uno de los animales más inferiores o en todas las especies intermedias.

Por lo que se refiere a la acción de las secreciones internas, nos ocuparemos someramente, pero no tanto como para no recordar, por ejemplo, la acción de la glándula tiróidea. respecto a la nutrición en general.

También hay individuos que poseen una insuficiencia testicular y que crecen desmesuradamente: sus huesos son gráciles, livianos y el individuo es sumamente alto por lo general.

Poseen pues una propiedad morfogénetica, las secreciones internas: así los individuos son altos o bajos, morenos o rubios, por herencia o por atavismo, pero este transtorno en su esencia misma, es función de secreciones internas. Existe también hasta una morfogénesis intelectual en relación a las secreciones internas pues se podría decir que ellas obran en forma tal que hasta la timidez, la falta de alegría, el poco interés en la lucha por la vida, y la poca resistencia a sus rudezas, y muchos otros defectos o cualidades morales están condicionados por el funcionamineto regular y armónico de la tiroídea, el sistema ganglionar, las glándulas sexuales y las suprarrenales.

Así los individuos adenoideos poseen una mentalidad y un físico especial: es el sujeto de boca abierta, alto, delgado, a veces no bien definido sexualmente y con aspecto de efebo, y su mente no es aguda, sino por el contrario tardía y torpe, de concepción difícil e imprecisa.

La vida es un continuo desgaste físico y moral, y casi se puede decir que la fuente de toda energía vital no reside en el sistema nervioso, sino en el buen funcionamiento de las secreciones internas.

Es una cuestión interesante en alto grado, asignar la importancia que tienen las glándulas genitales en cada uno de los sexos; así una mujer cuyos ovarios funcionen perfectamente, será una mujer eternamente femenina; el hombre cuyos testículos funcionen en debida forma, será un hombre en

toda la extensión de la palabra, dando al calificativo "mujer" u "hombre" todo el amplio y noble concepto que merecen.

Pero en la vida no solamente hay un desgaste físico sino un desgaste mental, que al igual que aquel, debe reponerse.

En este sentido, nada más interesante que lo que pasa con las suprarrenales.

Glándulas suprarrenales normales y resistencia vital, arterias que funcionan como un corazón periférico, y buen corazón, corazón eficiente y capaz, todo ello practicamente, es función normal de aquellas. Y cuantas veces la evolución fatal de una afección no es sino la consecuencia de que las suprarrenales fallaron, como ocurre en la tifoidea y en muchas otras infecciones. Otro tanto diríase de la tuberculosis, rara vez evolutiva en los sujetos de adrenales normales.

Así resalta pues, la enorme importancia fisiológica de las glándulas de secreción interna, ya que de ellas puede decirse, extremando el concepto, que dan forma física y moral a cada individuo; que lo hacen más o menos resistente a las influencias patógenas y que hasta condicionan el pronóstico en las infecciones más diversas.

Las glándulas de secreción interna revelan sus trastornos según varios tipos: la hiper-función o función exagerada; la hipo-función o función deficiente y por último, la función anormalmente desviada.

Pero en la práctica los individuos cuyas secreciones internas están alteradas encuadran con dificultad en tal o cual tipo o síndroma. Se ve que estos síndromas son cada vez menos simples: el testículo obra sobre la suprarrenal y viceversa; la tiroidea influenciada por el ovario; el ovario por la suprarrenal; es una verdadera cadena de "intereses creados". Supongamos el caso clásico de la insuficiencia orgánica de un determinado órgano: un eunuco, individuo castrado traumática y totalmente. Todas las hormonas testiculares que ese individuo debiera producir para su armonía orgánica, faltan y las suplen otras glándulas, tratando de producir algo semejante, pero nunca comparable para colmar el déficit; de ma-

nera que se ve como en caso tan simple, no sólo se tratará de la falta de testículo, sino también de la disendocrinia tiroidea o adrenal que tratará de substistuir al testículo suprimido, en algunas de sus funciones.

Los síndromas tiroídeos, a pesar de todo se pueden reducir a síndromas por falta o por exceso de función.

Tenemos el tiroidismo clásico y congénito, el "cretinismo" común en el norte argentino: Salta, Jujuy, en Mendoza, también donde abundan individuos anormales por la falta de la glándula tiroídea.

El síndroma clásico de exceso funcional de la glándula tiroídea es el de Basedow, con o sin bocio (es decir, con o sin aumento objetivo de la glándula tiroídea) y sea adquirido expontáneamente o después de un traumatismo quirúrgico de la glándula o de otra causa precisable.

El síndroma de Basedow es característico y puede aparecer completo, con sus razgos clásicos: los ojos salientes, la expresión ansiosa de la cara, la frente tersa, inexpresiva y que no exterioriza la cólera, ni la preocupación y en la que el correr de los años no marca su huella.

Hemos dicho que los ojos son salientes y brillantes, la mirada inquieta. Los sudores profusos de las extremidades; una taquicardia arriba de 120; una enorme emotividad tales son los signos capitales del Basedow.

Por la exoftalmia, los párpados no se ocluyen completamente y ejerciendo un ligero tironeo se entreabren; los ojos no converjen simultáneamente, sino que cada uno lo hace aisladamente.

El aparato gastro intestinal presenta transtornos y entre ellos aparecen diarreas profusas provocadas por causas nímias.

En el "cretinismo tiroídeo" el individuo es un detenido mental, un idiota sin inteligencia alguna; el pelo es seco, sin brillo y se quiebra con toda facilidad, y no tiene vello en el cuerpo; la piel es fría y lisa y da una sensación semejante en algo al mármol y si se comprime sobre un hueso, queda una impresión en "godet" análoga a la del edema, pero más dura-

ble y menos elástica. Los dientes caen con bastante facilidad; a veces la primera dentición queda permanentemente o la segunda dentición aparece retardada. Este es el cuadro general del insuficiente tiroídeo.

El hipo-tiroidismo ligero es bastante frecuente, más en las mujeres que en el hombre: se exterioriza por las colas de las cejas ligeramente despobladas, la piel seca, tendencia a la cefalalgia; ciertas alteraciones de índole digestiva: ardores de estómago, constipación.

Los insuficientes tiroídeos son individuos que sufren extraordinariamente del frío, padecen de sabañones, sensaciones permanentes de frío en los pies y en las extremidades en general.

Tiene bastante importancia la herencia de la alteración endocrina, así de una madre hipo-tiroídea nacen con frecuencia hijos más hipo-tiroídeos, y si la insuficiencia glandular es bilateral, se acentúa mucho más y pueden nacer mixedematosos o atiroideos.

La emotividad de los hipo-tiroídeos, es paradógica: o reaccionan demasiado o demasiado poco. Los hiper-tiroídeos frecuentemente son emotivos, extrasistólicos, impresionables.

En la mujer ocurre otro hecho importantísimo: la disfunción ovárica cuando se perturba la función tiroídea, menstruando con toda irregularidad, cada 40 o 50 días y a veces por el contrario, cada 2 semanas. Estas menstruacciones a veces escasas, otras abundantes, son con toda frecuencia muy dolorosas.

Otra disendocrinia tiroídea la encontramos revelada en el senilismo tiróideo: individuo que representan mucho más edad de la que tienen, a los que se les cae el pelo, la dentadura, síndroma al cual se agrega comunmente, dolores óseos y articulares que predominando pueden formar el llamado reumatismo por insuficiencia tiróidea.

Existen también estados transitorios de disfunción tiróidea: el hipertiroidismo menstrual, el frecuente hipertiroidismo de los adolescentes que al entrar en la edad adulta cesa.

Las cápsulas suprarrenales por su parte regulan la función cardíaca manteniendo el tono de las arterias.

También regulan la tensión arterial y hasta cierto punto la termogénesis, ya que en todo sujeto de cápsulas suprarrenales normales, rara vez se producen reacciones febriles intensas por causas leves, muy al reves de lo que ocurre en los hipertirioideos para quienes llegar a los 38.° o 39.° no significa muchas veces sino la reacción a una causa de poca importancia.

Se encuentra en las insuficiencias suprarrenales la raya blanca de Sergent, la cual se busca rozando levemente con la pulpa de un dedo, la piel del abdomen, y observando la palidez característica en el sitio tocado, al cabo de cinco minutos.

En condiciones normales, el sistema nervioso se regula por la función suprarrenal y la de las glándulas genitales, y así es fácil constatar insuficiencias latentes en aquellos individuos apáticos, taciturnos, incapaces de esfuerzos tenaces, mientras es la regla casi general, que los sujetos que marcan su paso por la vida, como ''constructores'', en cualquier rama de la actividad humana presenten los signos de la perfecta función suprarrenal y genital.

Los síndromas de insuficiencia suprarrenal son muchos y existen todas las gradaciones entre el tipo sobreagudo traumático, tan comunmente observado en la guerra europea, hasta el crónico del síndroma de Addisson, pasando por el subagudo de ciertas infecciones como la tifóidea o el agudo de una apendicitis.

Este síndroma de Addisson, generalmente causada por la tuberculosis de la cápsula subrarrrenal se caracteriza por una astenia creciente e intensa, taquicardía elevada, hipotensión máxima y mínima; pigmentación bronceada de la piel, así como aparición de manchas parduzcas en las mucosas bucal, genital, etc.

CAPITULO XIV

Examen de la sangre (1)

GENERALIDADES. — La sangre consta de una parte líquida y otra citológica. En una exposición elemental de enfermedades de la sangre, sería salirse del cuadro didáctico, ya que interesa más bien a la patología general estudiar las modificaciones del plasma y suero. Sentado lo anterior, estudiaremos pues, la *citología hemática*.

TECNICA HEMATOLOGICA. — Pero antes de entrar a estudiar la citología hemática normal y patológica, es indispensable adquirir unas breves nociones de técnica hematológica.

Para un examen clínico ordinario de sangre bastan unas cuantas gotas de este líquido. La hora de preferencia para la extracción de la sangre serán las de la mañana estando el paciente aun en ayunas. El objeto que el enfermo esté en ayunas es por que la ingestión de alimentos produce una desviación eventual del cuadro hemático.

La extracción de la sangre se obtiene por punción de la piel. Las regiones preferidas, donde se efectúa la punción son en general; la pulpa de un dedo de las manos o el lóbulo de la oreja; y en los niños chicos el dedo gordo del pie.

La región elejida por nosotros es la pulpa del dedo de la mano. La *piel elejida* o mejor dicho el dedo elejido es *asea-*

(1) Por el *Dr. Enrique B. del Castillo*, médico del Hospital T. de Alvear, Jefe de trabajos de la sala 12ª.

do por medio de un algodón empapado en eter. Se deja transcurrir unos instantes para dar tiempo al restablecimiento de la circulación capilar normal de la región friccionada.

Muchos instrumentos pueden servir para punzar la piel; desde el lancetazo dado con la simple aguja de inyecciones hipodérmicas hasta las elegantes lancetas construídas exprofeso, sean estas las de Türck, Sahli o Francke. Esta última es una de las mas recomendables; una lanceta propulsada por medio de un resorte espiral; exteriormente recubierta por una vaina, que se desplaza a voluntad permitiendo variar el largo de la aguja. Cada vez que se vaya a hacer uso de la lanceta debe limpiarse cuidadosamente con alcohol o eter o a la llama, pues la punta es de platino inalterable.

Efectuado el lancetazo en el dedo elejido se retira el instrumento y se espera a que la sangre brote espontaneamente de la herida. Supongamos que no sale sangre debemos repetir el lancetazo y naturalmente, más profundo que el anterior. No debe malaxarse ni comprimirse la región en donde se efectuó el pinchazo, pues con estas manipulaciones lo que se consigue es que sea exprimida linfa de los tejidos adyacentes, que diluye la sangre falseando los resultados de toda investigación cuantitativa.

Cuando se desea obtener mayor cantidad de sangre, se obtiene por función venosa. El sitio de elección son las venas del pliegue del codo.

Para las necesidades de la clínica ordinaria un examen de sangre constará de las siguientes determinaciones.

Dosaje de hemoglobina.

Examen de sangre en fresco.

Recuento de glóbulos rojos.

Recuento de glóbulos blancos.

Examen de varias preparaciones coloreadas: fórmula leucocitaria, etc.

Dosage de hemoglobina. — Hay numerosos procedimientos, aunque complicados, para la práctica corriente.

Describiremos someramente los procedimientos cromomé-

tricos, por ser los más sencillos y algunos de ellos bastante exactos. Todos estos procedimientos tienen como *principio* comparar la sangre a dosar pura o diluída, con una solución coloreada tipo, empiricamente graduada.

Procedimiento de Tallquist. — Uno de las más rápidos y sencillos; pero tal vez el menos exacto de todos. Consiste en comparar con una escala cromométrica. compuesta por una serie de láminas coloreadas de diez matices diferentes del rojo, una hoja de papel de filtro o secante (blanco), embebida con una gota de la sangre a examinar. El papel más pálido imita el color de una sangre conteniendo el diez por ciento de hemoglobina y el más oscuro el 100 por cien.

Procedimiento de Gowers-Sahli. — El aparato de Gowers consta de una pipeta capilar, graduada con la cifra 20 en su extremidad inferior, de una probeta graduada de 10 a 120 y de un tubo cerrado conteniendo una solución permanente y estable de glicerina picrocarminada; este tubo es de diámetro igual al anterior.

Se aspira sangre con el tubo capilar hasta la señal 20, se vierte esta sangre en la probeta graduada que debe contener agua hasta la señal 10; efectuada la mezcla de sangre y agua, se le agrega agua destilada gota a gota, hasta que la coloración de la dilución sea idéntica a la del tubo testigo que contiene la solución con picrocarmín.

La riqueza en hemoglobina se mide según la cifra que alcanzó en la probeta graduada.

Sahli, ha modificado este procedimiento, en vez de la solución coloreada tipo con picrocarmín, emplea una cuya base es la materia colorante de la sangre. Se compara así dos soluciones químicamente idénticas y de igual valor óptico. El líquido tipo, consta de una solución glicerinada de hematina al 1 por 100.

La sangre cuya cantidad de hemoglobina se desea dosar, debe transformarse por consiguiente en hematina, por medio del ácido clorhídrico. Para efectuar dosajes de hemoglobina por medio del procedimiento de Sahli se llena el tubo gradua-

de con solución décimo normal de ácido clorhídrico hasta el N.° 10, después se le agrega la sangre contenida en la pipeta capilar, que es idéntica a la del aparato de Gowers. Se espera un cuarto de hora para agregar gota a gota la cantidad de agua necesaria hasta obtener un coloración semejante a la del tubo tipo. Se lee en la escala el nivel donde llegó la mezcla y nos da directamente el tanto por ciento de hemoglobina.

Examen de sangre en fresco. — Para efectuar un examen de sangre en fresco se deposita sobre un cubre-objetos una pequeña gota de sangre recién extraída por la punción y colocamos dicho "*cubre*" sobre un porta-objetos. La gotita de sangre se extiende en fina lámina entre los dos cristales; estando de esta manera en condiciones de someterse a examen. Así observaremose glóbulos rojos en mayoría, leucocitos, sus diferentes variedades, etc., etc.

Recuento de globulos rojos y blancos. — El método usado en casi todas partes y el que usamos nosotros en el servicio para recuento de glóbulos, se basa en el principio de Thoma-Zeiss.

El aparato consta de dos mezcladores: uno para glóbulos rojos y otro para blancos; y de una cámara cuenta glóbulos.

Aspirada la gota de sangre a examinar con el mezclador, se efectúa con líquidos especiales una dilución determinada y se coloca una gota de esta dilución en la cámara cuenta glóbulos. Como se conoce de antemano la capacidad de la cámara con la red microscópica grabada que tiene, por un sencillo cálculo es fácil contar el número de corpúsculos en ella contenidos.

Tratándose de cuestiones eminentemente prácticas, es necesario verlas *hacer y hacerlas,* es por eso que nos limitamos a describir el concepto general. Al efectuar los trabajos prácticos tendrán oportunidad de manejar las cifras. El número normal de glóbulos rojos, es de cinco millones por mm^3 en el hombre y de 4.500.000 en la mujer. El número normal de glóbulos blancos es alrededor de 8500 por mm^3.

Examen de preparaciones coloreadas: morfologia. — Para efectuar una preparación coloreada de sangre es necesario extenderla en capa delgada y uniforme sobre las láminas de vidrio denominadas porta-objetos.

Se toma un porta-objetos bien limpio y se recoje una gota de sangre fresca y en un "*cubre*" en contacto con él, se extiende la gota. Una vez extendida es necesario "fijarla" para poder colorearla. Hay infinidad de métodos de fijación y coloración; nos limitaremos a describir solamente la técnica corriente. Para fijar el frotis lo sumerjimos de 3 a 5 minutos en alcohol metílico. Después se saca las láminas del alcohol metílico y se vierten sobre ellas la solución de Giemsa. preparada extemporáneamente; una gota y media de colorante por cada centímetro cúbico de agua destilada y neutra; dejar actuar la solución de 20 a 30 minutos y lavar con agua corriente; secar con papel de filtro y tenemos lista la preparación para examinarla al microscopio.

Ahora describiremos lo que se ve: predominando unos corpúsculos redondeados, planos, bicóncavos de 7 micrones en término medio, (hablamos de sangre normal) de un color rojo ladrillo, a veces con el centro más pálido, estos corpúsculos son los glóbulos rojos o hematies.

Recorriendo la preparación encontramos otros corpúsculos que difieren completamente de los hematies tanto por su tamaño como por su coloración. Para su más fácil compresión haremos su clasificación, de acuerdo a las afinidades tintoreales de su núcleo y protoplasma. La clasificación uniformemente adoptada es la de Pappenheim.

Primer grupo: *Leucocitos mononucleares y no granulosos.* — 1.° *Linfocitos*: Un poco más voluminosos que un glóbulo rojo. Núcleo redondeado o apenas escotado; el protoplasma aparece como un anillo fino que rodea dicho núcleo.

Núcleo muy basófilo, aparece azul marino, protoplasma basófilo, pero menos.

2.° *Grandes mononucleares o monocitos de Pappenheim*:

Célula algo mayor que un linfocito, 10 a 14 micrones; núcleo excéntrico; protoplasma más abundante, menos basófilo.

3.° *Células de transición de Erhlich*: Muy parecidas a las anteriores, diferenciándose por el núcleo que aparece generalmente en herradura.

Segundo grupo: *Leucocitos polinucleares y granulosos.*— La denominación de polinucleares haría pensar que tienen vadios núcleos, pero es inexacto, poseen uno sólo, formado por varios lóbulos reunidos por porciones más delgadas. Se dividen de acuerdo a las reacciones que presentan frente a los colorantes sus granulaciones protoplasmáticas.

1.° *Polinucleares neutrófilos*: de once micrones.

El elemento más numeroso y tal vez el más importante de la sangre circulante. Núcleo sumamente polimorfo. Protoplasma abundante, lleno de granulaciones neutrófilas, es decir que no fijan más que los colores neutros, mezcla de colorantes ácidos y básicos. Granulaciones muy finas y ténues de dimensión idéntica. Aparecen de un color violáceo pálido.

2.° *Polinucleares eosinófilos o acidófilos*: Protoplasma y núcleo más o menos cómo el anterior: difieren por las granulaciones que son voluminosos, redondeadas y que se tiñen en rosa brillante.

3.° *Polinucleares basófilos o Plasmazellen* (células cebadas): Son los más escasos de la sangre normal. Núcleo multilobulado como una hoja de trebol. Granulaciones abundantes, de tamaño variable, caracterizados por su basofilia, es decir que no fijan más que los colorantes básicos, aparecen con el procedimiento de Giemsa de un color violeta negro.

Ahora bien, conociendo los elementos de una sangre normal nos será posible determinar en una preparación seca coloreada el tanto por ciento de las diferentes variedades de leucocitos. Para tener un tanto por ciento que nos merezca confianza, es necesario contar y clasificar alrededor de 300 o 400 elementos.

Mononucleares.......	Linfocitos	25 a 30 %
	Monocitos	3 a 8 %
	Transición	2 a 5 %
Polinucleares........	Neutrófilos.	66 a 70 %
	Eosinófilos.	1 a 4 %
	Basófilos	5 %

Patologia sanguinea: sus sintomas. — Preferimos la designación de síndromas de la sangre al de enfermedades de la misma; por que a medida que se ha intensificado su estudio se ha comprobado que en general las alteraciones sanguíneas eran debidas a *reacciones* hematopoyéticas más que a enfermedades primitivas.

Entendido lo anterior; comprenderemos *un primer grupo* caracterizado por las alteraciones cuantitativas y cualitativas del glóbulo rojo:

1.º Síndromas anémicos. 2.º Síndromas poliglobúlicos. 3.º Síndromas hemorrágicos, divididos estos en dos categorías: Síndroma hemofílico y síndroma purpúrico.

Glóbulos rojos....	Sindromas anémicos.....	hipoglobulias
		cloroanemias
	,, poliglobúlicos.	
	,, hemorrágicos.	hemofilia
		púrpuras

Viene enseguida el *segundo grupo* caracterizado por las alteraciones cuantitativas y cualitativas del glóbulo blanco: 1.º Variaciones en número: Aumento o leucocitosis, disminución o leucopenia; 2.º Alteraciones cualitativas: neutrofilia, basofilia o eosinofilia y los estados leucémicos y subleucémicos.

Glóbulos blancos.....	leucocitosis
	leucopenias
	estados leucémicos y subleucémicos

Sindromas anemicos. — Se puede definir anemia diciendo que es toda alteración de la función respiratoria de la sangre, ya sea causada por la disminución del número de glóbulos rojos, (alteración cuantitativa) la disminución o alteración de

su hemoglobina, (alteración cualitativa); la disminución del valor globular y la disminución de la superficie respiratoria por el aumento de volúmen de los glóbulos o por estas diferentes causas asociadas de muy diversas maneras (Jolly). Dividiremos las anemias en dos categorías: anemias globulares o hipoglobulias y en anemias hemoglobínicas o cloroanemias.

Anemias globulares. — La disminución del número de glóbulos rojos es sumamente variable y no puede servir para clasificarlos.

Así por ejemplo la anemia que se presenta después de una hemorragia, (herida, etc.) la cantidad de sangre perdida será muy variable; y como consecuencia de esta pérdida de sangre tendremos una anemia secundaria. Si efectuamos un recuento de glóbulos rojos encontraremos una cifra por debajo de la normal.

Existe una gran cantidad de substancias nocivas, de diversa procedencia, que destruyen o alteran los glóbulos rojos; produciendo anemias. Estos venenos ejercen su acción de dos maneras: ya directamente sobre los hematies en el torrente circulatorio o ya ejerciendo una acción "*paralizante*" sobre los órganos sanguíneos, formadores.

Así tenemos las anemias de ciertos oficios; la intoxicación saturnina de los obreros que trabajan con el plomo; de la misma manera actúa el mercurio, arsénico, cobre, etc.

Las anemias que aparecen en el transcurso de ciertas enfermedades infecciosas son debidas a las toxinas que producen las bacterías: tifoidea, sífilis, reumatismo, etc.

Ciertos parásitos intestinales poseen *hemolisinas* que destruyen los eritrocitos.

Para no seguir detallando enumeraremos como causas productoras de anemias: enfermedades constitucionales, diabetes, cirrosis, etc.; tumores malignos, etc., etc.

Estas anemias cuya causa puede ser averiguada, es decir que sabemos por que es producida se designan con el nombre de secundarias; pero hay otro grupo en el cual no se sabe pasando entonces a la categoría de *entidad mórbida*.

Así tenemos la *anemia perniciosa criptogenética* de Biermer.

Se inicia esta afección lentamente por algunos trastornos digestivos.

En su completa evolución haremos su diagnóstico por el siguiente cuadro sintomático: trastornos digestivos, hemorragias y desglobulización. Nos detendremos en estos últimos síntomas. Gran decoloración de la piel y mucosas: hipotensión taquicardia, soplos cardíacos, gran decaimiento y a veces subdelirio.

En cuanto a las hemorragias son generalmente pequeñas, gingivorragias, estomatorragias, epistaxis, hematemesis y melena.

En la piel petequias y discretas equimosis.

Efectuando un examen de sangre, ésta nos revelará dos clases de signos: desglobulización y células patológicas. La disminución del número de glóbulos rojos generalmente es considerable, observándose frecuentemente cifras entre 800.000 y 600.000 glóbulos rojos por mm^3. Las células patológicas que se observan, son los grandes linfocitos de protoplasmas ortobasólifo.

Anemias hemoglobínicas. — Estas anemias aunque presenten una disminución en el número de los glóbulos rojos, su característica es la fuerte disminución de la cantidad de hemoglobina. A esta categoría de anemia pertenece la *clorosis esencial*, que casi solamente se encuentra en el sexo femenino, y generalmente al aparecer las primeras menstruacions. La piel ofrece una coloración blanco amarillenta. Las mucosas completamente pálidas. La facies muy semejante a la adenoidea, o siendo adenoidea franca. Pulso pequeño, hipotenso, palpitaciones, disnea, etc.

Como trastornos genitales: leucorrea, amenorrea o dismenorrea dolorosa.

En el cuadro hematológico encontramos disminución moderada del número de glóbulos rojos, alrededor de 3.500.000. Como ya dijimos, disminución considerable de la cantidad de

hemoglobina. Además existe anisocitosis, (globulos rojos de diferentes tamaños) con predominio de microcitos, (glóbulos rojos más pequeños) de 6 micrones.

Afección eminentemente crónica y de muy larga duración, terminando por lo común con la curación.

En cuanto a su patogenia estamos actualmente en la misma situación que en la época hipocrática, nada se sabe. Hay infinidad de teorías: autointoxicación de origen ovárico, una neurosis, infección, etc. Algunos autores llegaron hasta desconocer la clorosis esencial e incorporarla a la tuberculosis incipientes: es decir clorosis sintomáticas.

Si bien es cierto que con el perfeccionamiento de los medios de diagnóstico se han podido revelar muchas tuberculosis incipientes y como consecuencia varias *anemias esenciales*; hay todavía muchas cuya etiopatogenia se nos escapa.

Clorosis sintomáticas. — Son aquellas que se evidencian en ocasión de un estado patológico netamente conocido y definido. Estas clorosis en cuanto a su sintomatología y caracteres hematológicos, son exactamente superponibles a los observados en la clorosis esencial.

De la clorosis sintomáticas la mejor conocida y la más frecuente es la tuberculosa.

Efectuamos por ejemplo un examen clínico completo en un sujeto clorótico, y nos revela una tuberculosis, discreta, ganglionar u ósea, etc.

En este caso la tuberculosis obra como toxi-infección en actividad; naturalmente en un terreno con una predisposición hemática favorable, pues no todos los tuberculosos son cloróticos. Existen igualmente cloro-anemias sifilíticas, que hacen su eclosión en el período secundario. Se han descripto anemias hemoglobínicas en la intoxicación crónica por el plomo, (saturnismo) en la intoxicación por el óxido de carbono, en la estrechez mitral pura, etc.

Síndromas poliglobulicos. — Síndromas caracterizados por el aumento del número de los glóbulos rojos, aumento muy variable desde 5.000.000 a 12.000.000.

Podemos dividir las poliglobulias en pasivas:

1.º Por concentración de la sangre, en todos los casos en que el organismo sufre una considerable pérdida de agua, diarreas, sudores, derrames ascíticos.

Las poliglobulias de la altitudes, estudiadas por el profesor Viault en los Andes del Perú. Esta poliglobulia se origina rápidamente subiendo el sujeto a una altitud y desaparece lo mismo descendiendo al llano. Es negada por algunos autores quienes sostienen que es un aumento aparente y momentáneo, periférico; de acuerdo a las exigencias respiratorias del campo de la hematosis.

2.º Poliglobulias activas por hipergenesis; en este grupo figuran las de las cardiopatías congénitas, de muy mal pronóstico. Este mismo síndroma puede observarse en las compresiones y estenosis laríngeas.

3.º Poliglobunias esenciales, protopáticas. Síndroma de Vaquez, descripto por primera vez por este autor el año 1892, ha sido objeto de numerosos trabajos. Se manifiesta este síndroma ordinariamente entre los treinta y cinco y cincuenta años. Le coresponde como fórmula hematológica: verdadera poliglobulia con leucocitosis polinuclear y reacción mieloide y esplenomegalia. Vulgarmente la cianosis es el primer síntoma en aparecer, predominando en la cara y en las extremidades, se distribuye irregularmente: bastante rica en fenómenos subjetivos: cefalalgias, decaimiento, mareos, tendencia a las hemorragias de las mucosas. Alteraciones diversas del aparato digestivo; hipotermia y a veces albuminuria variable e intermitente.

En cuanto a su patogenia ha sido muy discutida. La escuela francesa la ha considerado teniendo una estrecha relación con la tuberculosis del bazo. Pero si muchas autopsias de sujetos muertos de poliglobulias han revelado una tuberculosis del bazo, otras tantas han demostrado plenamente la ausencia de toda lesión tuberculosa del bazo.

La patogenia más admitida es la de Vaquez quien la rela-

ciona con una sobre actividad de la médula ósea con predilección sobre la serie roja.

De pronostico generalmente grave.

Púrpuras. — El púrpura considerado como síntoma consiste en hemorragias intesticiales de la piel; considerado como síndroma, está constituído por la asociación de la lesión elemental, a síntomas de carácter funcional y general.

Podemos dividir los púrpuras en: primitivos, que son los considerados como entidades morbosas autónomas, cuya causa productora ignoramos; y secundarios que pueden ser referidos a causas morbosas definidas.

PRIMITIVOS	Púrpura infecciosa	
	„ reumatoide	
	Enfermedad de Werlhof	
SECUNDARIAS	Enfermedades infecciosas	Viruela, fiebres eruptivas
		Tuberculosis granúlica
		Infección puerperal
		Endocarditis maligna
		Sífilis, blenorragia
	Intoxicaciones..........	Iodo, arsénico, mercurio, fósforo
		Insuficiencia hepática
		Ictericia
		Uremia
	Enfermedades de la sangre..................	Anemias
		Leucemias
	Afecciones nerviosas....	— Tales neuralgias, zonas púrpuras, etc.

Hemofilia. — Defínese la hemofilia diciéndose que e un estado diatésico por lo general hereditario, caracterizad por la predisposición a las hemorragias provocadas y menc tendencia a las espontáneas.

Provocáse, por ejemplo una hemorragia considerable e un sujeto hemofílico, después de esfuerzos, tos, náuseas, un pinchazo, la extracción de un diente, etc. Las hemorragias pueden producirse en las cavidades naturales o en los tegumentos. Respecto al cuadro hemático las alteraciones mayores son

las de coagulación sanguínea, pues modificaciones patológicas casi no existen. Retirando sangre por punción venosa, se pone de manifiesto la lentitud de la coagulación de la sangre extraída.

El sexo masculino es mucho más atacado que el femenino. Por definición sabemos que es hereditaria, siendo las mujeres de una misma familia quienes la transmiten, estando a veces ellas en salvo; denominaremos a esta particularidad herencia matriarcal.

GLOBULO BLANCO. — Siguiendo la misma clasificación que para el glóbulo rojo, en este capítulo estudiaremos: 1.º Variaciones patológicas del número total de leucocitos, (cuantitativa). 2.º Variaciones patológicas del número y de la proporción de cada variedad leucocitaria, (cualitativa). 3.º Leucitos anormales de la sangre.

Variaciones cuantitativas. — Las alteraciones del número total de leucocitos pueden efectuarse en dos sentidos: aumento o disminución. Al primer caso corresponde las *leucocitosis* y al segundo las *leucopenias*.

Leucocitosis. — Anteriormente hemos dicho que considerábamos como cifra normal de leucocitos alrededor de 8.000. Una cifra superior a este número constituye una hiperleucocitosis o leucocitosis. Pero también vimos que factores de orden fisiológico tal como la digestión, producían una desviación eventual del equilibrio leucocitario; es decir una leucocitosis fisiológica. Por eso las extracciones deberían efectuarse en ayunas.

Rieux divide las leucocitosis en *moderadas y acentuadas*. Considera leucocitosis moderada cuando las cifras oscilan entre 10.000 y 20.000 leucocitos por mm^3 y acentuada cuando se sobrepasa los 20.000 leucocitos por mm^3.

Considérase entonces leucocitosis el aumento del número de glóbulos blancos, siempre que los elementos blancos que la constituyen sean las células normales de la sangre, por elevado que sea su número; y una leucocitosis deja de ser leucocito-

sis, desde el momento que a los elementos normales de la sangre, se agregan en proporción más o menos abundante, células anormales (mielocitos, metamielocitos, etc.). La leucocitosis en ese caso pasa a la categoría de leucemia.

Generalmente se observa leucocitosis en gran número de enfermedades agudas infecciosas y en algunas intoxicaciones.

Encuéntrase leucocitosis acentuadas en las supuraciones, apendicitis (signo de Sonnenburg) difteria, neumonia, pleuresia, bronconeumonias.

La mayoría de las substancias tóxicas provocan leucocitosis: alcanfor, antipirina, atropina, ioduro de potasio; teniéndola en cuenta esta propiedad es que muchas substancias han sido introducidas en terapéutica con este objeto; peptona metales coloidales, trementina, úrea y uratos.

Igualmente hay número considerable de enfermedades infecciosas, unas agudas, otras de evolución lenta que provocan leucocitosis *moderada*. Las fiebres eruptivas: escarlatina, rubeola, cuya leucocitosis oscila alrededor de 15.000 glóbulos blancos, viruela, coqueluche, parotiditis, grippe, reumatismo poliarticular agudo, cuya cifra es entre 15.000 y 20.000 glóbulos blandos.

Entre las enfermedades a evolución lenta en primera fila: tuberculosis y sífilis.

Significación de las leucocitosis.— Recordando el rol fisiológico del leucocito; y en primera línea la fagocitosis, es fácil pensar, pues que la leucocitosis no es más que un fenómeno normal exagerado representando una acción defensiva del organismo, frente a una causa agresora de diversa naturaleza; según los casos. El punto de origen de la leucocitosis está en los órganos sanguíneos formadores: bazo, méduda ósea, ganglios linfáticos.

Leucopenias. — Sabemos ya que leucopenia es la disminución del número normal de leucocitos; cada vez que la cifra está por debajo de 8000 leucocitos por milímetros cúbicos.

Igualmente que la leucocitosis, las leucopenias obsérvanse en especial en las enfermedades infecciosas. En estos últi-

mos años han sido estudiadas una nueva categoría de leucopenias:: las crisis hemoclásicas o choques hemoclásicos.

Entre las enfermedades infecciosas en que se observa leucopenia es necesario enumerar en primera línea: sarampión, fiebre tifoidea y paludismo.

Más inconstante en la tuberculosis, enfermedad de Basedow (bocio exoftálmico) y la provocada por algunas substancias tóxicas: sales de quinina, cloroformo, etc.

Su significación. — De más difícil explicación que la leucocitosis y no bien aclarada. Existen varias teorías: 1.º A una disminución de actividad de los órganos sanguíneos formadores. 2.º A una destrucción mayor que la producción de leucocitos. 3.º Talvez a una influencia químiotáctica negativa, y como consecuencia los glóbulos blancos disminuirían de la sangre circulante para "esconderse" (si se nos permite el término) en las vísceras y órganos senguíneo-formadores.

Variaciones cualitativas. — En páginas anteriores hemos dicho que existía una variedad de leucocitos granulosos divididos de acuerdo a las afinidades tintoriales de sus granulaciones en: neutrófilos, eosinófilos y basófilos; la otra variedad los mononucleares que se dividían en: monocitos y linfocitos. Estudiaremos ahora las variaciones de estos grupos en la *fórmula leucocitaria.*

Polinucleares neutrófilos. — De una manera general en casi todas las enfermedades en que se observa leucocitosis, existe conjuntamente neutrofilia, para evitar repeticiones no las enumeraremos.

Polinucleares eosinófilos. — Las enfermedades en que se observa eosinofilia son bastantes numerosas. Afecciones cutáneas, asma, quistes hidatídicos, filariosis, difteria, erisipela, linfo-adenopatias, etc.

Polinucleares basófilos. — Los leucocitos normalmente menos numerosos; su aumento se encuentra especialmente en afecciones cutáneas.

Leucocitos mononucleares. — Su aumento global (monocitos y linfocitos) se encuentra generalmente en afecciones

crónicas, de marcha lenta, tuberculosis, sífilis, esplenomegalias, linfoadenopatias, etc.

Leucemias y subleucemias. — Las leucemias, capítulo hematológico en plena evolución y estudio; constituye un grupo de enfermedades de la sangre en el cual todos los órganos generadores de glóbulos blancos están en hiperproducción. "*emitiendo en circulación*" formas jóvenes y anormales de glóbulos blancos.

Esta sobreactividad de los órganos sanguíneoformadores se puede localicar ya sea en el tejido de la médula ósea o ya en el tejido linfático. De acuerdo a esta base anatómica se distinguen dos clases de leucemias: mieloide y linfoide. De acuerdo a su evolución divídense las leucemias en agudas y crónicas.

Leucemias mieloide. . . . . (aguda y crónica)
Leucemias linfoide. . . . . (aguda y crónica)

Leucemia mieloide: aguda y crónica — Hematológicamente se caracterizan por un aumento de los leucocitos, llegando a cifras de 100.000 por mm^3; pero ya sabemos que la carecterística esencial de esta enfermedad es la presencia de mielocitos, mielocitos granulosos y con predominio de los neutrófilos. Los mielocitos son células *inmaduras*, que más tarde, cuando su desarrollo morfológico y fisiológico llegue al estado adulto se transformarán en leucocitos. Se podría decir leucocitos *muy jóvenes*, pero que normalmente no existen en la sangre circulante; sino en los órganos sanguíneo-formadores; y que se ponen en circulación solamente por un proceso patológico.

Leucemia linfoide: aguda y crónica. — El número de glóbulos rojos está notablemente disminuído y el de los blancos enormemente aumentado, llegando como cifras vulgares a 200.000 o 500.000 por mm^3, su sello específico se lo da la presencia de células inmaduras de la serie linfoidea.

Diremos dos palabras sobre los estados subleucémicos y

aleucémicos, mucho menos estudiados y conocidos que las leucemias.

Reina entre los diferentes autores una verdadera tiranía en cuanto a nombre y diferenciación de estos estados. Sin exagerar su puede decir que cuanta alteración de glóbulos blancos no bien definida como entidad mórbida existe, viene a parar a la "*bolsa común*" de los estados sub o aleucémicos.

Con el nombre de esplenomegalia con anemia y mielemia, se ha reunido un número de observaciones con los siguientes carácteres comunes:: esplenomegalia leucocitosis y reacción mieloide moderada.

Lo mismo, los estados sub o aleucémicos del tipo linfoidocitario; cuadro clínico semejante al de la leucemia linfoide, diferenciándose por la lentitud de su evolución, la débil elevación de la cifra de glóbulos blancos y una mononucleosis mucho menor.

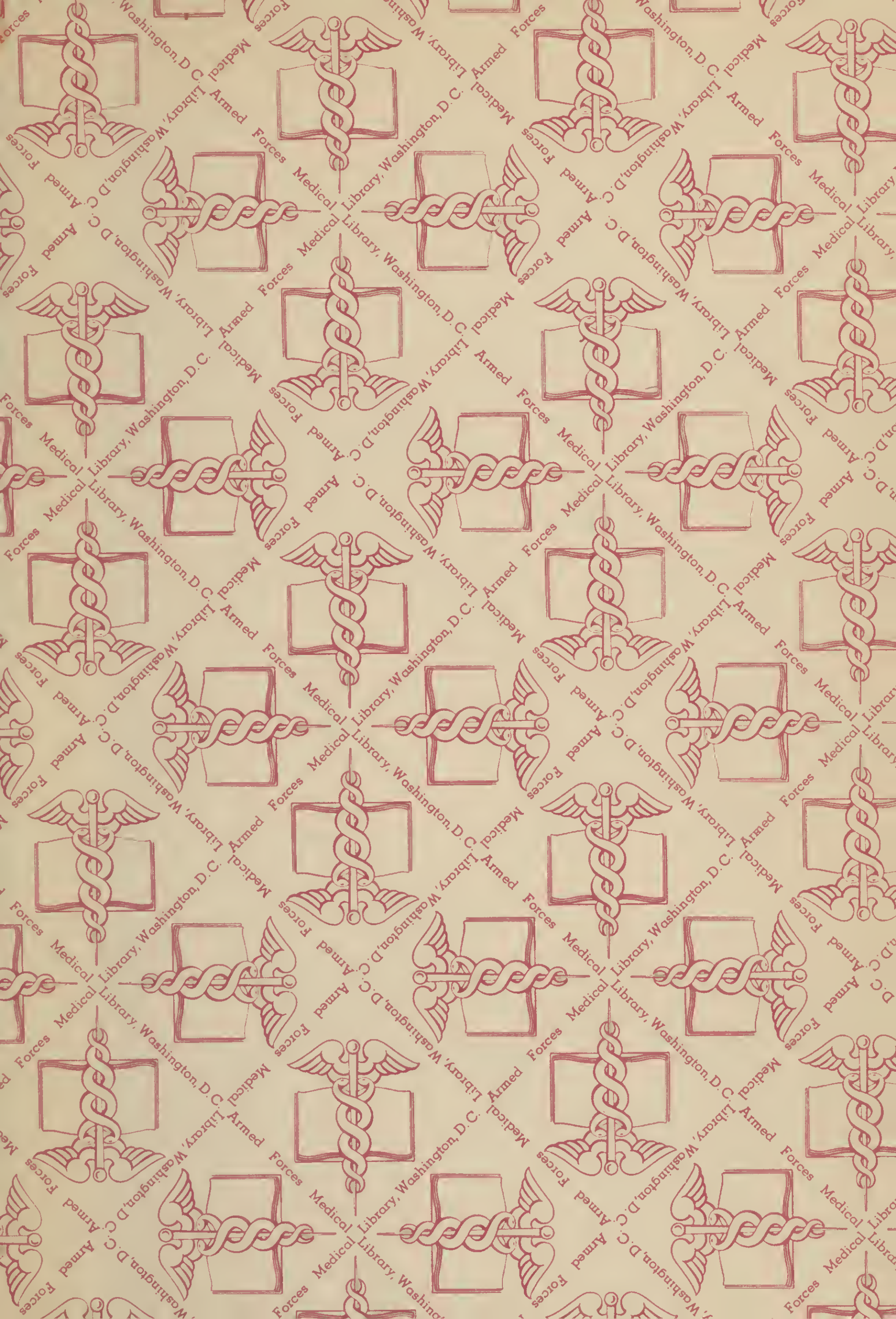
Se han descripto también las leucemias atípicas, ganglionar, ósteo-mielomatosa y esplénica, ésta excepcional.



Hospital Alvear Sala 12
Dr Alfredo Vitón
Jefe. Dr Castillo




Armed Forces Medical Library, Washington, D.C.


Armed Forces Medical Library, Washington, D.C.